



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Médico-Cirúrgico vertente Nefrológica

Cuidados de Enfermagem para a Manutenção dos Acessos Vasculares de Hemodiálise no Serviço de Urgência

Paulo Tiago Costa Martins

2015

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Médico-Cirúrgico vertente Nefrológica

Cuidados de Enfermagem para a Manutenção dos Acessos Vasculares de Hemodiálise no Serviço de Urgência

Paulo Tiago Costa Martins

Professora Maria Eulália Novais

2015



AGRADECIMENTOS

Aos Professores Orientadores Carlos Gonçalves e Maria Eulália Novais, pela vossa disponibilidade, apoio e incentivo ao longo deste percurso formativo.

À Enfermeira Helena Matos e Ilda Roque, enfermeiras chefes do serviço de urgência, por acreditarem que o projeto era viável e pela disponibilidade para ajudarem no que fosse necessário.

À Enfermeira Chefe do serviço de nefrologia, Ana Lourenço, pela sua grande colaboração na realização do projeto, disponibilizando recursos humanos e materiais e por todo o apoio nos momentos em que foi preciso ultrapassar os obstáculos.

Aos Enfermeiros Orientadores de estágio Sílvia Teixeira e Inês Raposo que me acompanharam, a primeira no serviço de nefrologia e a segunda no serviço de urgência, pelo apoio e confiança depositada.

A todos os Enfermeiros que participaram no projeto, pela vossa disponibilidade.

Ao, Vítor, eterno parceiro, Filipa, Vera e Verónica, colegas de mestrado e de trabalho, pela amizade, cumplicidade e coragem, sempre presentes, em todos os desafios.

Aos meus pais e ao meu irmão, por estarem presentes, pelo incentivo e ajuda em todos os momentos. Por me ajudarem a combater todas as adversidades, sempre com uma atitude positiva e com muito carinho e disponibilidade.

À minha filha Mariana, que todos os dias ilumina a minha vida, pela companhia nestes momentos de reflexão.

Um obrigado especial à minha esposa, Marisa, uma mulher maravilhosa, uma verdadeira companheira. Obrigado pela paciência, amor e amizade.

A todos, o meu sincero Obrigado!

LISTA DE SIGLAS

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção-Geral da Saúde

DP – Diálise Peritoneal

DRC – Doença Renal Crónica

DRCT – Doença Renal Crónica Terminal

FAV – Fístula Arteriovenosa

HD – Hemodiálise

NKF/DOQI – National Kidney Foundation Dialysis Outcomes Quality Initiative

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SPN – Sociedade Portuguesa de Nefrologia

SU – Serviço de Urgência

TFG – Taxa de Filtração Glomerular

TSR – Tratamento Substitutivo Renal

UCI – Unidade de Cuidado Intensivos

LISTA DE ABREVIATURAS

pmp – pessoas por milhão de habitantes

RESUMO

A doença renal crónica terminal é uma doença com uma prevalência em constante crescimento a nível mundial, em parte pelo envelhecimento da população como também pelo aumento das doenças crónicas. A doença renal crónica inicia-se com a lesão renal e pode culminar com a necessidade de tratamento substitutivo renal, sendo a hemodiálise, a modalidade terapêutica mais comum. O acesso vascular representa uma das principais causas mobilizadoras de recursos económicos e de hospitalizações nas pessoas com doença renal crónica terminal. A literatura evidencia a crucial importância que o enfermeiro pode ter na identificação dos problemas ou complicações que possam comprometer o acesso vascular nas pessoas em programa regular de hemodiálise. Torna-se assim imperativo produzir conhecimento científico com o objetivo de prevenir e diagnosticar precocemente complicações do acesso vascular de hemodiálise.

Este projeto teve como objetivos gerais contribuir como enfermeiro especialista para a melhoria da prática de cuidados de enfermagem à pessoa com acesso vascular de hemodiálise no serviço de urgência; bem como, promover comportamentos de acordo com a melhor evidência científica na prática de cuidados, junto da equipa de enfermagem do serviço de urgência, no que respeita à manutenção de acessos vasculares de hemodiálise. O projeto foi desenvolvido no serviço de nefrologia e serviço de urgência geral de um centro hospitalar, de setembro de 2014 a fevereiro de 2015.

Trata-se de um estudo descritivo exploratório onde, através da análise de conteúdo das entrevistas semiestruturadas aplicadas a enfermeiros peritos em nefrologia, foi possível identificar os conhecimentos específicos que são importantes e necessários para uma melhor prática de enfermagem na manutenção dos acessos vasculares de hemodiálise no serviço de urgência. Os resultados do projeto mostram que é necessário uma forte aposta em políticas de saúde nas instituições e nos serviços de saúde. Estas políticas devem promover planos de formação, de forma a sistematizarem e facultarem o alargamento dos conhecimentos dos enfermeiros, fazendo com que estes desenvolvam as capacidades necessárias para a assistência adequada à pessoa com acesso vascular de hemodiálise, uma vez que a manutenção e excelência dos acessos vasculares para a hemodiálise é um dos maiores objetivos que se coloca à equipa de enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Doença Renal Crónica; Cuidados de Enfermagem; Acessos Vasculares; Hemodiálise.

ABSTRACT

Terminal chronical renal disease is spreading all over the world and getting more and more relevant. First, we are facing a significant population ageing. Secondly, there is a growth of chronical disease in global terms. Chronical renal disease begins with a renal injury and could end up with a substitutive renal treatment, like hemodialysis, the most common therapy. Actually, vascular access represents a significant part of economic resources spending and internments of people who suffer from chronical renal disease. Literature makes evidence of the crucial importance that a nurse could have on problems identification like those that could compromise vascular access on people making a regular hemodialysis treatment. In this way, it is extremely important to produce scientific knowledge regarding the earlier prevention and diagnosis of hemodialysis vascular access complications.

The main objective of this Project is to contribute, as a specialist nurse, to improve the practice of nursery care on persons suffering from vascular access to hemodialysis in emergency services, as well as, promoting behaviors regarding the best scientific evidence in care practice, near the emergency service team, in what concerns to the vascular access maintenance of hemodialysis. The project was developed in nephrology and emergency departments of a hospital center, from september 2014 to february 2015.

It is a descriptive exploratory study where, by analyzing contents of semi-structured interviews applied to expert nurses in nephrology, it was possible to identify the specific skills that are important and necessary for better nursing practice in the maintenance of vascular access in hemodialysis emergency room. As a project result, it is possible to conclude that stronger investment on health politics in institutions and health services is needed. These politics should promote training plans in order to systematize and enlarge nurse's knowledge, making them more capable to assist, on an appropriate way, the vascular access of hemodialysis patient. Keeping the excellence of vascular access to hemodialysis is one the most challenging issues that nursing team has to deal with.

KEY-WORDS: Chronical Renal Disease; Nursing Care; Vascular Access; Hemodialysis.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA DE ESTUDO	12
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
2.1 A Doença Renal Terminal como Doença Crônica	17
2.2 Acessos Vasculares de Hemodiálise.....	19
2.3 Papel do Enfermeiro na Manutenção do Acesso Vascular de Hemodiálise	20
3. ESTÁGIO	23
3.1 Serviço de Ambulatório de Nefrologia.....	26
3.2 Unidade de Cuidados Intensivos.....	39
4. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO NO SU	42
4.1 Metodologia	42
4.1.1 População.....	43
4.1.2 Variáveis	43
4.1.3 Métodos e Instrumentos de Colheita de Dados	44
4.1.4 Questões Éticas.....	45
4.2 Apresentação e Análise dos Resultados	46
4.3 Discussão dos Resultados	51
5. QUESTÕES EMERGENTES.....	56
6. CONCLUSÃO	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
APÊNDICES	
Apêndice I - Objetivos de Estágio	
Apêndice II - Cronograma	
Apêndice III - Revisão Sistemática da Literatura	
Apêndice IV - Apresentação do Projeto à Equipe de Enfermagem do Serviço de Nefrologia	
Apêndice V - Questionário Aplicado aos Enfermeiros do SU	
Apêndice VI - Guião de Entrevista Aplicado aos Enfermeiros Peritos em Nefrologia	
Apêndice VII - Guião de Entrevista Pré-Teste	

Apêndice VIII - Análise de Conteúdo das Entrevistas Aplicadas aos Enfermeiros Peritos em Nefrologia

Apêndice IX - Fluxograma de Atuação Aquando a Entrada de um doente com FAV ou Prótese Vascular no SU

Apêndice X - Ação de Formação aos Enfermeiros do SU

Apêndice XI - Póster – Cateter Venoso Central de Hemodiálise no Serviço de Urgência

ANEXOS

Anexo I - Autorização para a Implementação do Projeto pela Direção de Enfermagem do Centro Hospitalar

Anexo II - Transcrição das Entrevistas Aplicadas aos Enfermeiros Peritos

Anexo III - Norma de Orientação Clínica – Preservação do Património Vascular do Doente Insuficiente Renal

Anexo IV - Avaliação Sumativa do Estágio

ÍNDICE DE QUADROS E GRÁFICOS

		Pág.
Quadro n.º 1	Dificuldades sentidas na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa portadora de acesso vascular para HD no SU	47
Quadro n.º 2	Temáticas identificadas pelos enfermeiros peritos	51
Gráfico n.º 1	Distribuição por género	47
Gráfico n.º 2	Necessidade de aquisição de conhecimentos / competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa portadora de acesso vascular para HD no SU	48
Gráfico n.º 3	Pertinência da temática	49

INTRODUÇÃO

A doença renal crónica (DRC), caracterizada pela destruição progressiva e irreversível do parênquima renal, é uma doença insidiosa que evolui de forma silenciosa, sendo a sua sintomatologia apenas visível numa fase mais adiantada da mesma. Neste processo de destruição do parênquima renal, a doença evolui progressivamente para doença renal crónica terminal (DRCT), necessitando o doente de tratamento substitutivo renal (TSR) (Sousa, 2009).

A evolução do conhecimento sobre a DRC fez-se acompanhar da descoberta e desenvolvimento da diálise e transplante renal. Apesar de, na primeira metade do século XX, se ter assistido a inúmeras tentativas de tratamento de doentes renais com recurso a estas técnicas, só na segunda metade, com o aparecimento das técnicas de substituição da função renal e da imunossupressão, surge verdadeiramente um formidável progresso e êxito no tratamento da DRC. Na década de 60, o problema do acesso vascular foi resolvido definitivamente, com a construção da fístula arteriovenosa (FAV), por Brescia e Cimino. Esta descoberta permitiu o estabelecimento de programas regulares de hemodiálise (HD) em pessoas com DRC. A prática do cuidar em enfermagem também foi evoluindo em função dos desenvolvimentos científico-tecnológico (Bevan, 1998).

O número de doentes com DRCT a necessitar de TSR aumentou amplamente na última década e prevê-se que vá continuar a aumentar nos próximos anos. A HD é a modalidade predominante no TSR. O acesso vascular é indispensável para a concretização da HD. Assim sendo, para a realização de uma HD eficaz é fundamental haver um acesso vascular que funcione adequadamente, com baixos índices de complicações e uma elevada taxa de longevidade (McCann et al, 2008).

O papel da equipa de enfermagem é complexo e essencial; quer na formação à pessoa sobre os cuidados de manutenção do acesso vascular, como também na vigilância e preservação do acesso vascular. A equipa de enfermagem tem a responsabilidade de detetar complicações o mais precocemente possível, de forma a permitir uma intervenção atempada. (Allen, 2014). Assim sendo, a enfermagem, parte integrante da equipa multidisciplinar, tem um papel crucial e indispensável na gestão do acesso vascular de HD.

Considerando o meu percurso profissional, de sete anos, em ambiente de urgência intra-hospitalar e naquilo que é a prestação de cuidados à pessoa com doença renal a vivenciar processos de doença aguda, crónica e crónica agudizada, definiu-se como área

de estudo *“Cuidados de Enfermagem para a Manutenção dos Acessos Vasculares de Hemodiálise no Serviço de Urgência”*, pelo interesse pessoal que esta área me desperta, mas, especialmente, porque considero que esta é uma problemática de extrema relevância no serviço de urgência (SU). O repertório da experiência adquirida foi a diretriz que orientou a realização deste trabalho, de modo a revelar, através da sua leitura, o conjunto de novas habilidades formais construídas com vista a uma prestação de cuidados de enfermagem especializados.

Os pressupostos referidos anteriormente são as linhas orientadoras do presente relatório de estágio, trabalho desenvolvido no âmbito do 5º Curso de Mestrado e Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Vertente Nefrológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Este trabalho visa a obtenção do grau de enfermeiro especialista e mestre.

O âmbito deste relatório de estágio visa caracterizar a problemática da manutenção dos acessos vasculares de HD e as suas implicações na prestação de cuidados de enfermagem no SU, serviço onde desempenho funções. Os objetivos gerais definidos para a implementação desde projeto são: (1) contribuir como enfermeiro especialista para a melhoria da prática de cuidados de enfermagem à pessoa com acesso vascular de HD no serviço de urgência; (2) promover comportamentos de acordo com a melhor evidência científica na prática de cuidados, junto da equipa de enfermagem do serviço de urgência, no que respeita à manutenção de acessos vasculares de HD.

Este relatório pretende ainda ser uma explanação das atividades realizadas, das experiências e aprendizagens vividas e adquiridas nos campos de estágio, que contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, bem como para o desenvolvimento de competências e afirmação enquanto enfermeiro especialista na prestação de cuidados de enfermagem em diferentes áreas de intervenção de enfermagem nefrológica.

O presente trabalho está organizado em sete capítulos. Inicia-se pela identificação da problemática de partida, que foi alvo diretriz deste trabalho. No segundo capítulo, segue-se a apresentação de um enquadramento teórico, onde se abordam os principais temas, que pretendem contextualizar as questões implícitas ao desenvolvimento do trabalho: a doença renal terminal como doença crónica, acessos vasculares de HD e por fim o papel do enfermeiro na manutenção do acesso vascular de HD. Seguidamente apresento as atividades desenvolvidas no decorrer do estágio. O quarto capítulo é dedicado à implementação do projeto, onde é apresentada a metodologia, questões éticas e a

apresentação e análise dos resultados seguida da discussão. No quinto capítulo seguem-se as questões emergentes identificadas com este projeto, finalizando com uma conclusão e referências bibliográficas que apoiaram a concretização do trabalho. Em apêndice e anexo, encontram-se alguns documentos relevantes para a consecução do mesmo.

1. DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA DE ESTUDO

Como ponto de partida para a realização deste trabalho questionei-me em relação à minha prática profissional, inserida numa equipa multidisciplinar, e ao modo como a minha experiência profissional e pessoal poderá influenciar a dinâmica e as práticas de enfermagem desenvolvidas no SU onde desempenho funções, permitindo uma aprendizagem e o desenvolvimento de competências mais efetivas.

O envelhecimento populacional é um fenómeno que tem vindo a afirmar-se ao longo das últimas décadas. Pelas regras de classificação dos ciclos da vida que vigoram na sociedade, entramos hoje na rota do envelhecimento populacional (Minayo & Coimbra, 2002). A previsão dos demógrafos é de que no ano de 2050, $\frac{1}{3}$ da população a nível mundial tenha uma idade superior a 60 anos (OMS, 2012). Assim sendo, temos observado um crescente e incontornável envelhecimento da população, um fenómeno demográfico e social que constitui um dos grandes desafios do século XXI.

A evolução dos conhecimentos de ciências de saúde e técnicas de diagnóstico cada vez mais sofisticadas, associadas a um desenvolvimento na investigação, conduzem a uma maior longevidade e, consequentemente, a uma melhoria da qualidade de vida da população idosa. Todavia, os últimos anos de vida são, em grande parte, acompanhados por um aumento das situações de doença e incapacidade, levando os idosos a procurar os serviços de saúde. O aumento da expectativa de vida acarreta algumas repercussões, expondo a população a um maior risco de desenvolver doenças crónicas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) descreve doenças crónicas como sendo “*doenças de duração prolongada e progressão lenta*” com “*problemas de saúde que exigem tratamento continuado ao longo de um período de anos ou décadas*” (OMS, 2002). Por sua vez, no que diz respeito especificamente às doenças não transmissíveis, foram definidas como doenças não tipicamente causadas por um agente infeccioso, mas sim por suscetibilidade genética, estilos de vida ou exposições ambientais.

As doenças não transmissíveis são as principais causas de morte no mundo, matando mais pessoas em cada ano do que todas as outras causas combinadas (OMS, 2010). Atualmente é possível atingir uma maior longevidade, em concomitância com várias patologias, transformando-se assim o paradigma da saúde e qualidade de vida, no seio das sociedades em desenvolvimento. No entanto, “*o impacto, em rápido crescimento, destas doenças está a afetar desproporcionalmente as populações pobres e desfavorecidas, contribuindo para alargar o fosso entre e dentro dos países, em termos*

de Saúde” (OMS, 2008). As consequências da prevalência das doenças crónicas não transmissíveis para as sociedades e para a economia são devastadoras em todos os lugares do mundo, mas têm particular impacto em populações pobres, vulneráveis e desfavorecidas. Essas pessoas ficam doentes mais cedo e morrem mais cedo do que as suas contrapartes nas sociedades mais ricas. As doenças não transmissíveis são detetadas tardiamente, implicando extenso e dispendioso tratamento hospitalar e maior risco de complicações ou eventos agudos (OMS, 2010).

A preocupação crescente com o envelhecimento da população e o aumento das doenças crónicas exigem respostas enquadradas, criando um novo paradigma para os serviços de saúde (Sousa, 2005).

A DRC é uma doença que evolui de forma silenciosa, destruindo progressiva e irreversivelmente o parênquima renal, sendo a sua sintomatologia apenas visível numa fase mais adiantada da mesma. No processo de destruição do parênquima renal, a doença renal evolui progressivamente para a DRCT, necessitando a pessoa de TSR (Sousa, 2009). Atualmente as modalidades terapêuticas da DRC em estágio cinco são: a transplantação renal, a HD crónica e as técnicas depurativas extracorpóreas afins, a diálise peritoneal (DP) crónica, e o tratamento médico conservador (DGS, 2012).

A população com DRCT tem aumentado nos últimos anos, em parte pelo envelhecimento da população e pelo aumento das doenças crónicas como a diabetes mellitus e a hipertensão arterial, que estão entre as principais causas da DRCT (Kasumoto, Marques, Haas & Rodrigues, 2008).

Portugal enfrenta uma tendência de crescimento anual de DRCT superior à média dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), apresentando as maiores taxas de incidência e prevalência de DRCT da Europa (DGS, 2012).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN) (2014), o número total de doentes com DRCT em TSR em Portugal no ano 2013 é de 18345 pessoas, tendo uma prevalência de 1749,3 pmp (pessoas por milhão de habitantes). A HD é a modalidade de TSR de eleição, com uma representação de 59,84% dos casos, correspondendo a 10977 doentes e verificando-se um aumento de 21,5% de doentes em HD desde o ano 2007. É de realçar que os resultados relativos à incidência de novos casos de doentes em programa de TSR (HD e DP) relativos a 2013 contrariaram a tendência de 2011 e 2012, onde se tinha verificado um decréscimo em comparação com anos anteriores. Em 2013 houve uma prevalência de incidência de novos casos de 230,56 pmp doentes a iniciar HD e DP,

dos quais 210,73 pmp são relativos à HD. Verifica-se assim um aumento da incidência de doentes a iniciar HD e uma diminuição de doentes a iniciar DP. Quanto à prevalência de HD por zonas do país, no ano 2013 verificou-se maior ascendente na região da grande Lisboa aproximando-se dos 1500 pmp. O cateter venoso central (CVC) é o acesso vascular mais frequente nos doentes incidentes. Nos doentes prevalentes, em 2013 a proporção de FAV (70,7%) aumentou e a de CVC tunelizado (16,7%) diminuiu.

O acesso vascular representa, também, uma das principais causas mobilizadoras de recursos económicos e de hospitalizações nas pessoas em diálise (Sousa, 2012). A disfunção do acesso vascular representa, sensivelmente, 20% das hospitalizações dos doentes em diálise, com consequências elevadas a nível dos custos para o sistema de saúde (Allon & Robbin, 2002). De acordo com Sousa (2012), em Portugal não existem estudos que quantifiquem o custo das complicações do acesso; porém, segundo dados da SPN, citados por Ponce (1997), a falência do acesso vascular origina mais de 500 internamentos por ano, ou cerca de 3.500 diárias de internamento.

Denota-se, que a DRC é um problema crescente em todo o mundo, bem como TSR, exercendo cada vez mais pressão sobre os sistemas de saúde. Em função deste crescimento, os enfermeiros, na prática do cuidar, são essenciais para maximizar a longevidade e minimizar as implicações para os sistemas de saúde de cada país.

Em Portugal, os serviços de urgência transformaram-se ao longo dos anos na porta de entrada para o sistema nacional de saúde e em grandes consumidores de recursos humanos e financeiros, condicionando o funcionamento regular dos serviços de diagnóstico complementar e terapêutico, assim como os serviços de internamento e ambulatoriais (DGS, 2001). Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS) (2001, p.7) “(...) *são Urgentes todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais. São Emergentes todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais*”. A prestação de cuidados no SU, corresponde a uma área onde a equipa de enfermagem deve mobilizar os conhecimentos com agilidade, de modo a realizar uma triagem das situações, estabelecer prioridades e tomar decisões acertadas para dar resposta às necessidades do cliente admitido e dos seus familiares. O enfermeiro especialista, pelas competências que detém, assume um papel preponderante, uma vez que, segundo o Royal College of Nursing, citado por Atkinson (1990) demonstra uma prática clínica aperfeiçoada como resultado de uma larga experiência, conhecimentos de perito ou conhecimentos numa determinada área de

enfermagem especializada. Assim, a prática reflexiva associada a um “core” de conhecimentos específicos na área de especialização, permite ao enfermeiro melhorar a compreensão da realidade.

Durante os meus sete anos de experiência profissional, na sua larga maioria em exercício de funções nas áreas de urgência / emergência, deparei-me diariamente com situações de doença renal agudizada e crónica agudizada. Muitos destes doentes encontram-se já em regime de TSR, nomeadamente HD, e outros cuja agudização da doença desponta a necessidade de colocação de CVC de HD para poderem ser submetidos a HD.

Em virtude da natureza dos seus cuidados, os enfermeiros são os profissionais de saúde que contactam diretamente e manipulam os acessos vasculares de HD na pessoa com DRCT em tratamento hemodialítico. Desta forma, é essencial que estes profissionais desenvolvam habilidades para avaliar e diagnosticar todas as alterações que possam ocorrer com esses acessos vasculares de HD (Sousa, 2012).

Por tudo o que foi referido anteriormente, por cada vez mais existirem casos de DRCT, e consequentemente mais pessoas com acesso vascular de HD a recorrer ao serviço de urgência, e porque também existem alguns casos em que é necessária a colocação de CVC de HD, considero este um problema atual e pertinente, mas para o qual é exigida uma abordagem multidisciplinar. O conhecimento reduzido acerca de cuidados específicos e possíveis complicações de um acesso vascular de HD; a ausência de estratégias de forma a preservar e monitorizar o membro da FAV e a importância de uniformizar os cuidados de enfermagem aos cateteres centrais de HD, são aspetos fundamentais que poderão evitar acidentes e danos no acesso vascular sendo estes determinantes para o acesso à vida destes doentes. Estes aspetos assumem uma dimensão fulcral, determinando e orientando assim a realização deste estudo.

Na minha ótica, surge assim a necessidade de procurar este saber especializado que se integra no seio da equipa multidisciplinar, e vem ao encontro do primordial dever deontológico, enunciado no 76.º artigo do Código Deontológico do Enfermeiro, no qual é assumido o compromisso de *“Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem;”* (OE, 2012, p.72). Para tal, torna-se imperativo que o enfermeiro especialista seja um profissional reflexivo, capaz de mobilizar a informação científica e técnica, baseada na evidência de forma a consolidar os conhecimentos e

desenvolver as competências definidas para o enfermeiro especialista, propostas pela OE (2010, p.2), onde “(...) é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção.”. Também o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), Art.º 4 n.º 3, define o enfermeiro especialista como: “(...) o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhecem competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.” (OE, 2012, p.15).

O profissional de enfermagem deve alicerçar o seu pensamento e fundamentar as suas ações através de um modelo teórico próprio da disciplina. Para tal, após uma análise inicial, considero que o modelo teórico de Collière permitirá desenvolver um conhecimento aprofundado sobre a visão do enfermeiro, relativamente à problemática em questão. Segundo Collière, cuidar é promover a vida e é também (1999, p. 235) “*um ato individual (...) e de reciprocidade, que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais*”.

Pretendo que este projeto venha a traduzir-se numa contribuição efetiva, na medida em que desejo propor como fundamental a inclusão de enfermeiros formados e versados no serviço de urgência, para que seja possível dar uma plena resposta às necessidades de cuidados dos doentes com acesso vascular de HD. Seguindo esta linha de pensamento formulei a seguinte questão de investigação: ***Quais os Cuidados de Enfermagem para a Manutenção do Acesso Vascular de Hemodiálise no Serviço de Urgência?*** A problemática de partida deste trabalho reside, assim, no interesse em desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados, que contribuam para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com acesso vascular de HD no SU. Nesse sentido, temos necessidade de investigar o nível de conhecimento científico atual, que torne possível consolidar a prestação de cuidados de enfermagem com recurso a uma metodologia de rigor técnico e qualidade comprovados nesta área.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Segundo Polit, Beck & Hungler (2004) a revisão da literatura tem o propósito de reunir conhecimentos sobre um tópico, servindo assim, como função integradora e facilitando também o acúmulo de conhecimentos; é portanto considerada uma tarefa crucial na investigação. Assim sendo, realizei uma revisão da literatura sobre algumas temáticas que ajudam na contextualização da problemática.

2.1 A Doença Renal Terminal como Doença Crónica

A DRC resulta de uma série de processos patológicos, que provocam lesão irreversível do parênquima renal. Existe uma destruição de nefrónios, pelo que os rins não são capazes de manter o equilíbrio hidroeletrólítico e de excretar os produtos tóxicos do organismo (Chalmers, 2002). A evolução da DRC caracteriza-se por ser geralmente insidiosa, em que os sinais e sintomas se desenvolvem ao longo de vários anos. Ao contrário da lesão renal aguda, em que pode ocorrer recuperação completa da função renal, na DRC os rins estão lesados permanentemente e a doença é normalmente progressiva (Chalmers, 2002).

A evolução do conhecimento sobre a doença renal crónica fez-se acompanhar da descoberta e desenvolvimento da diálise e transplante renal. Apesar de, na primeira metade do século XX, se ter assistido a inúmeras tentativas de tratamento de doentes renais com recurso a estas técnicas, só na segunda metade, com o advento das técnicas de substituição da função renal e da imunossupressão, surgiu verdadeiramente um formidável progresso e êxito no tratamento da DRC. No entanto, é fundamental ter sempre em mente que a DRC, uma vez estabelecida, apresenta um carácter progressivo independentemente da sua etiologia.

Segundo a National Kidney Foundation Dialysis Outcomes Quality Initiative (NKF/DOQI) Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease (2002), a DRC pode ser classificada em 5 estádios de redução nas funções renais: estágio 0, com risco aumentado e taxa de filtração glomerular (TFG) maior ou igual a 90 ml/min/1,73m² e presença de fatores de risco para doença renal crónica; estágio 1, com lesão renal e TFG normal ou aumentada (maior ou igual 90 ml/min/1,73 m²); estágio 2, com lesão renal (discreta) e ligeira diminuição da TFG (60-89 ml/min/1,73m²); estágio 3, com diminuição moderada da TFG (30-59 ml/min/1,73m²); estágio 4, com diminuição grave da TFG (15-29 ml/min/1,73m²); estágio 5, caracterizado pela DRCT com TFG menor que 15 ml/min/1,73 m². Considera-se o estágio 1 quando há lesão renal, mas a TFG está normal ou aumentada; considera-se o estágio 5 quando a doença progrediu tão severamente que

há falência renal. Esta classificação é adotada internacionalmente, permitindo uma uniformização na abordagem do doente renal.

A progressão da doença renal associa-se a um conjunto de manifestações clínico-laboratoriais que se designam por síndrome urémica. Esta síndrome tem características que incluem sinais e sintomas que resultam dos efeitos tóxicos de níveis elevados de produtos catabólicos nitrogenados e de outras toxinas no sangue, com atingimento de vários órgãos e sistemas, originando sintomatologia variável, mas geralmente progressiva. Os doentes urémicos apresentam frequentemente o chamado hálito urémico, náuseas, vômitos e anorexia, que surgem na maioria das vezes associados à astenia e adinamia. Surgem também alterações do estado de consciência, com perturbação do comportamento, que evolui gradualmente da confusão mental ao coma (Marchão, Cachado, Matias, Sousa & Pimenta, 2011).

As causas mais frequentes de DRCT são a diabetes mellitus, a glomerulonefrite, a pielonefrite, o rim poliquístico, a doença reno-vascular e a hipertensão arterial (Chalmers, 2002).

As modalidades de tratamento da DRCT, para substituição parcial das funções renais são: DP, HD e transplante renal. Estes são tratamentos para manter a vida, porém não promovem a cura da DRCT (Kasumoto, Marques, Haas & Rodrigues, 2008). Atualmente a HD é o tratamento dialítico mais utilizado.

A HD é definida por Thomas (2002, p.184) como “(...) a remoção de solutos e água do sangue, através de uma membrana semi-permeável (dialisador)”. A HD é um tratamento substitutivo da função renal extracorporeal, em que o sangue é depurado no exterior do organismo, com o auxílio de equipamento específico. Contudo, para a sua realização são necessários requisitos básicos de várias ordens, nomeadamente a nível tecnológico, operacional, organizacional, bem como, profissionais de saúde que cuidem destes doentes e apliquem o tratamento de HD, de forma a manter qualidade de vida das pessoas que padecem desta doença (Sousa, 2009).

A criação de um acesso vascular permanente, a evolução das membranas de HD, o aparecimento do bicarbonato na solução dialisante e dos estimuladores da eritropoiese, assim como, novas técnicas como a hemodiafiltração, tornaram a HD mais “biocompatível” (Klinkmann, Ivanovich & Falkenhagen, 1993), sendo na maioria das vezes perfeitamente suportada, mesmo por doentes com morbilidade associada.

A HD é uma área de enfermagem onde se tem verificado um grande desenvolvimento. Os profissionais de enfermagem especializados nesta área lutam constantemente para

promover a excelência na prestação dos cuidados de enfermagem implementando uma prática baseada na evidência (Thomas, 2002).

2.2 Acessos Vasculares de Hemodiálise

Desde o início do século XX, os conhecimentos sobre HD foram evoluindo em função dos desenvolvimentos científico-tecnológicos na área da medicina. Até à década de 60, a aplicação da HD resumia-se a pessoas com lesão renal aguda. Neste período, o acesso vascular constituía uma dificuldade para a existência de programas de HD (Bevan, 1998). O primeiro acesso vascular realmente funcional foi o Shunt arteriovenoso de Scribner, de uso externo, ao nível da artéria e veia radial. Foi considerado um marco importantíssimo na história da diálise, uma vez que permitiu, pela primeira vez, efetuar a HD por longos períodos. Contudo, rapidamente foi abandonado devido a múltiplas complicações, tais como a trombose e a infeção (Carvalho, Ponce, Jorge, Videira, Santos & Morais, 2011). Em 1966, o problema do acesso vascular foi resolvido definitivamente, com a construção da FAV, por Brescia e Cimino. Esta descoberta permitiu o estabelecimento de programas regulares de HD em pessoas com DRCT. (Bevan, 1998).

O acesso vascular constitui um requisito indispensável para a realização e sucesso da HD e na qualidade de vida do doente em diálise (Ponce, 1997 citado por Sousa, 2009). Nesta perspetiva, o acesso à circulação para tratamento dialítico de repetição é um dos aspetos mais importantes em HD crónica em doentes com DRCT, até porque as complicações relacionadas com o acesso vascular para HD são responsáveis por 25% dos internamentos e por 50% dos custos hospitalares neste grupo de doentes (Carvalho, Ponce, Jorge, Videira, Santos & Morais, 2011).

Idealmente, o acesso vascular deve ter as seguintes características: simplicidade de colocação, oportunidade de uso imediato, custos económicos baixos, capacidade de garantir um bom fluxo sanguíneo, vida de longa duração e baixo índice de complicações (Torreggiani et al., 2013). Os acessos vasculares de HD mais utilizados são: a FAV; a prótese vascular; e o CVC (Chandra, Mix & Varble, 2013). A FAV continua a ser considerada o acesso ideal para a pessoa com DRC em HD, uma vez que há evidência de melhores taxas de fluxo e menores complicações (Torreggiani et al., 2013), e é o acesso vascular mais frequente no nosso país (SPN, 2014). Também as guidelines National Kidney Foudation (2006) na área dos acessos vasculares de HD preconizam a construção preferencial de FAV em detrimento das próteses vasculares e a restrição máxima de

cateteres de longa duração (Citado por Carvalho, Ponce, Jorge, Videira, Santos & Morais, 2011).

A FAV é criada cirurgicamente através de uma anastomose entre uma artéria e uma veia. Em consequência da anastomose, o sangue arterial é forçado a fluir para a veia, onde circula em direção retrógrada (Thomas, 2002). A escolha de eleição para a construção da FAV recai na localização rádiocefálica no membro superior não dominante do doente (Carvalho, Ponce, Jorge, Videira, Santos & Morais, 2011). Idealmente deve-se providenciar a construção da FAV no doente pelo menos 3 a 4 meses antes de surgir a necessidade de iniciar HD, permitindo assim assegurar uma adequada cicatrização e amadurecimento, prevenindo a necessidade de colocação de um CVC de HD temporário, com o inerente risco de infeção (Thomas, 2002). Segundo Sousa (2009), citando Dinwiddie (2002), após a construção da FAV o fluxo sanguíneo depende de três variáveis anatómicas: o débito cardíaco; o fluxo arterial e o fluxo venoso. O aumento do fluxo do sangue a nível do segmento venoso (recebe fluxo arterial de alta pressão) possibilita o aumento da pressão na veia, que origina a sua dilatação e desenvolvimento da sua parede, este aumento designa-se arterialização da veia, e permitirá as condições necessárias à prática da HD (Sousa, 2009). Existem vários tipos de FAV e são classificadas de acordo com os vasos usados e a posição anatómica.

Se os vasos periféricos não são adequados para a construção de uma FAV, a opção pode ser a construção de uma prótese vascular, que consiste em implantar um enxerto, entre uma artéria e uma veia, com a utilização de material sintético, como o politetrafluoroetileno (Carvalho, Ponce, Jorge, Videira, Santos & Morais, 2011).

O CVC, fabricado em material biocompatível, é utilizado em casos específicos de falência da FAV ou da prótese vascular, ou quando os vasos periféricos são inadequados. Os locais de implante mais comuns são, por ordem de preferência, as veias jugulares, subclávia, femoral e, embora menos frequente, a veia cava inferior, por implante percutâneo translombar (Carvalho, Ponce, Jorge, Videira, Santos & Morais, 2011).

2.3 Papel do Enfermeiro na Manutenção do Acesso Vascular de Hemodiálise

As complicações dos acessos vasculares constituem uma das causas importantes de morbilidade dos doentes em programa de HD. Uma vez estabelecido o acesso vascular, torna-se necessário definir uma estratégia de manutenção/vigilância. Este processo deve incluir a equipa médica, de enfermagem, o doente e, se necessário, o familiar de referência. O objetivo crucial é a identificação precoce de complicações associadas ao

acesso vascular, de modo a reduzir a morbilidade e promover a longevidade e utilização prolongada (Carvalho, Ponce, Jorge, Videira, Santos & Morais, 2011).

Segundo Sousa (2012) os cuidados de enfermagem com os acessos vasculares de HD devem assentar numa estrutura conceptual, cujos objetivos se reportam à capacitação da pessoa para o autocuidado; à identificação de complicações; e realização de tratamento. Esta estrutura integra duas áreas de atenção, *Capacitação do Autocuidado e Vigilância do Acesso*. A estrutura evidência a forma como os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, podem ajudar as pessoas nas suas necessidades e, conjuntamente, contribuir para a eficiência dos cuidados de saúde na área da nefrologia (Sousa, 2012).

As complicações dos acessos vasculares de HD mais frequentes são: *trombose; infeção; estenose; síndrome de roubo; aneurismas e pseudoaneurismas; hipertensão venosa, e neuropatia isquémica monomélica* (Carvalho, Ponce, Jorge, Videira, Santos & Morais, 2011). A hemorragia da FAV ou prótese vascular não é uma complicação frequente, mas a ocorrer pode ser fatal para o doente, sendo desta forma importante a equipa de enfermagem estar desperta para esta complicação do acesso vascular (Ball, 2013). A qualidade e durabilidade dos acessos vasculares dependem da precoce identificação e resolução de eventuais complicações (Carvalho, Ponce, Jorge, Videira, Santos & Morais, 2011).

É consensual a ideia de que a equipa de enfermagem tem uma responsabilidade acrescida na organização e execução deste processo de manutenção do acesso vascular (Carvalho, Ponce, Jorge, Videira, Santos & Morais, 2011). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2002), a tomada de decisão do enfermeiro, que orienta o exercício profissional autónomo, exige uma abordagem sistémica e sistemática. Na tomada de decisão, o enfermeiro “*(...) identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou grupo (...) após a identificação da problemática do cliente, as intervenções são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados.*” (p.12). Na prática clínica do enfermeiro, no que diz respeito à manutenção dos acessos vasculares de HD, a conceção do modelo de informação referente à tomada de decisão deve englobar quatro etapas: *Apreciação Inicial; Diagnósticos de Enfermagem; Intervenções de Enfermagem e Avaliação Sistemática dos Resultados* (Carvalho, Ponce, Jorge, Videira, Santos & Morais, 2011). O enfermeiro deve ainda incorporar na fase de implementações das intervenções do processo de tomada de decisão, resultados de investigação. Reconhece-se que a produção de guias orientadoras da boa prática de cuidados baseados na evidência

constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2002).

A prática do cuidar nos doentes com DRC pode ser desenvolvida através de uma observação constante da pessoa no seu todo, isto é, tendo em conta uma conceção holística, indispensável para atingir as metas no binómio qualidade/rentabilidade. Ao proceder a uma avaliação cuidada e individualizada da pessoa com acesso vascular de HD, o enfermeiro está a reconhecer e a interpretar situações e necessidades que podem influenciar essa vida (Sousa, 2009).

O conhecimento das necessidades só é possível se a atenção for centrada na pessoa, a primeira fonte de conhecimento do enfermeiro, sendo que para isso é necessário considerar a pessoa como homem vivo, situado no seu meio ecológico, *“inserido no universo cósmico, fundamento e única razão de ser dos cuidados de enfermagem”* (Collière, 1999, p.251) e situando a pessoa *“no seu contexto de vida, tentando compreendê-lo em relação aos costumes, hábitos de vida, crenças, valores que veicula, bem como situar o impacto da doença e das limitações que lhe são inerentes em relação a esse contexto”* (Collière, 1999, p. 296). Os cuidados de enfermagem são assim *“um processo de discernimento de necessidades de saúde indispensáveis à vida de alguém ou de um grupo; ou seja, uma interrogação, um diagnóstico, relativos às necessidades vitais, sejam de ordem biológica, afetiva, social e económica”* (Collière, 2003, p. 241).

O diagnóstico de enfermagem é, então, *“uma tentativa de análise de situação que visa identificar a natureza das necessidades ou problemas de saúde, vividos por uma ou mais pessoas, num dado meio, e que requerem cuidados de enfermagem”* (Collière, 1999, p. 293). A única finalidade dos cuidados de enfermagem é permitir aos utilizadores desenvolverem a sua capacidade de viver ou de tentar compensar o prejuízo das funções limitadas pela doença, procurando suprir a disfunção física, afetiva ou social ocorrida (Collière, 1999). Se estas necessidades não forem satisfeitas não é possível, segundo Collière (2003, p. 226), existir saúde, pois *“representa o conjunto das possibilidades que permitem à vida manter-se e desenvolver-se”*, sendo que a vida e a saúde, são um processo dinâmico que apela a uma criatividade sempre renovada, ou seja, a descoberta e mobilização permanente da rede de capacidades e potencialidades de cada pessoa.

3. ESTÁGIO

Para a realização do estágio foi elaborado um projeto que me possibilitou ter um papel ativo no meu desenvolvimento pessoal e profissional, conferindo-me a possibilidade de transpor para a prática algumas das necessidades por mim identificadas, para as quais pretendia obter resposta. Permitiu envolver-me numa aprendizagem para o qual me sinto motivado e empenhado.

O Projeto pode ser definido como uma *“Etapa preliminar de uma investigação científica, no decurso da qual é necessário estabelecer os limites do objeto do estudo e precisar a maneira de realizar cada uma das etapas do processo de investigação”* (Fortin, 1999, p. 374). Segundo Ferrito, Nunes & Ruivo (2010, p.4), Projeto é *“um plano de trabalho que se organiza fundamentalmente para resolver/estudar um problema e que preocupa os intervenientes que o irão estudar”*, possibilitando o desenvolvimento de competências e características pessoais. A metodologia de projeto é uma prática reflexiva, permite estudar qualquer aspeto da realidade, *“baseada e sustentada pela investigação, de forma sistemática, controlada e participativa, que visa identificar problemas e resolvê-los através de ações práticas.”* (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010, p.5).

A metodologia de projeto está centrada na resolução de problemas, possibilitando o desenvolvimento de competências e propondo um novo conceito de aprendizagem, em que o discente é um agente dinâmico, capaz de construir o seu processo de aprendizagem, utilizando uma metodologia reflexiva. É um processo constituído por 5 etapas: identificação do problema e diagnóstico da situação; planeamento de atividades, meios e estratégias; execução das atividades planeadas; avaliação e divulgação dos resultados. (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010).

Para Barbier (1993, p.52) *“Projeto não é uma simples representação do futuro, do amanhã, do possível, de uma «ideia», é o futuro a «fazer», um amanhã a concretizar, um possível a transformar em real, uma ideia a transformar em acto.”*. Considero que esta definição explícita e sintetiza o meu percurso nesta busca de conhecimento / competências, pois mais importante que projetar algo é ter a capacidade de pô-lo em prática.

A metodologia de projeto encerra assim, o princípio chave de refletir o planeamento de um trabalho que se pretende executar no futuro e tem na sua natureza a função de preparar as estratégias, definir as ações que se pretendem levar a cabo para solucionar ou reduzir o impacto de um determinado problema e perspetivar os resultados. Assim sendo,

o projeto elaborado que deu origem a este percurso/ trabalho – Relatório de Estágio, aqui apresentado, pretendeu ser um instrumento orientador da atividade do Estágio. Deste modo, foi elaborado de forma a que fosse objetivo e pertinente, e que pudesse ao mesmo tempo ser dinâmico de forma a poder adaptar-se às especificidades de cada momento do processo de aprendizagem.

Procurou igualmente incidir nas componentes relacionais, científicas e técnicas como base do desenvolvimento das competências comuns e específicas para a prática da enfermagem especializada em médico-cirúrgica e na área específica de intervenção nefrológica.

Refiro-me a competência como um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar (OE, 2009). Assim sendo, a finalidade deste projeto foi desenvolver competências como enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, tendo como objetivos gerais: (1) contribuir como enfermeiro especialista para a melhoria da prática de cuidados de enfermagem à pessoa com acesso vascular de HD no SU; (2) promover comportamentos de acordo com a melhor evidência científica na prática de cuidados, junto da equipa de enfermagem do serviço de urgência, no que respeita à manutenção de acessos vasculares de HD.

Atribuí ainda, especial relevância à aquisição e ao desenvolvimento de competências segundo o referencial teórico de Patrícia Benner, bem como à escola de pensamento de Marie-Françoise Collière.

Segundo Collière (1999), a enfermagem deve ser uma profissão consciente dos seus deveres, deve levantar questões que mereçam suscitar pesquisa, fazer investigação sobre as práticas e torná-las objetivo de pesquisa e reflexão, transformando a prática em conhecimento. Também para Benner (2001), o conhecimento surge através da experiência, pois este defende que existem seis domínios que envolvem este tipo de conhecimento: a hierarquização das diferenças qualitativas; os significados comuns, as suposições, as expectativas e os comportamentos tipo; os casos padrão e os conhecimentos pessoais; as máximas; e as práticas não planeadas. A aprendizagem experiencial é um processo transformador da experiência no qual ocorre a construção do saber, processo este que compreende quatro fases: experiência concreta, observação e reflexão, formação de conceitos abstratos e generalizações, e experimentação ativa das implicações dos conceitos em novas situações. Este momento da aprendizagem é fundamental para a aquisição de competências, pois é em contexto clínico que se

mobilizam os conhecimentos, se faz a transferência, se reflete na ação e sobre a ação, contribuindo-se deste modo para a construção de um novo saber (Alarcão, 2001).

Tendo por base os níveis de competência de Benner (2001), o último nível, Perito, é caracterizado pela grande capacidade de julgamento, intervindo e gerindo situações complexas de uma forma simplista. Os enfermeiros que se enquadram neste nível possuem grande experiência profissional, sendo este um nível que todos eles devem ambicionar atingir. Neste sentido, é este nível que procuro alcançar. Assim, por forma atingir o último nível, Perito, necessito adquirir capacidades de decidir e agir a partir de uma situação de modo global, detetando precocemente alterações fisiológicas subtis que outros enfermeiros não detetam, para além de outras capacidades e competências que advêm de uma experiência clínica acrescida (Benner, 2001).

Segundo Collière (1999), o papel da formação na produção de cuidados de enfermagem passa pela aprendizagem de reflexão, utilizando os diferentes domínios do conhecimento acerca de situações vivenciadas. O campo da prática é, então, entendido como um *“espaço de desenvolvimento de competências técnicas e não técnicas, num contexto de tensões entre racionalidade técnica e racionalidade prática”* (Abreu, 2003, p.22).

O estágio desenrolou-se ao longo de 18 semanas em três contextos diferentes, com objetivos comuns aos três locais e objetivos específicos para cada um deles¹. Os objetivos a desenvolver têm como foco a aquisição e/ou aprofundamento das competências comuns do enfermeiro especialista definidas pela OE (2010, p.3) uma vez que estas são *“(...)partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”*. São quatro os domínios de competências comuns que pretendi desenvolver: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Pretendi ainda desenvolver as competências específicas do cuidado ao doente com DRC e família previstas pela European Dialysis & Transplant Nurses Association / European Renal Care Association.

¹ Apêndice I – Objetivos de Estágio

Com vista à concretização do projeto, foi pertinente preparar e planejar antecipadamente o mesmo, permitindo vocacionar e direcioná-lo para o fim ambicionado, de modo a satisfazer as necessidades encontradas no SU.

Assim, foi de extrema importância a maximização dos recursos existentes, planeando e gerindo o tempo disponível entre os diferentes intervenientes, com vista a poder ultrapassar os possíveis obstáculos que surgissem durante o desenrolar do projeto. Por forma a sistematizar e monitorizar os objetivos tendo em conta um limite temporal, produzi um cronograma² que, segundo Frada (1999), torna possível a *“previsão e definição de cada uma das fases da pesquisa, clarificando datas e períodos durante os quais se pensa ultimar e apresentar os resultados do trabalho, naturalmente, em concordância com os itens ou tópicos constantes no esquema prévio”*.

Durante a elaboração do projeto, recorri a várias pessoas, peritas na área ou implicadas no processo de implementação do mesmo. Realizei diversas entrevistas, formais e informais, com enfermeiros-chefes dos diferentes serviços, diretora clínica do serviço de urgência, onde desempenho funções, bem como a professora orientadora do projeto.

De forma a compreendermos melhor a realidade onde se desenvolveu o estágio, irá proceder-se à sua breve descrição.

3.1 Serviço de Ambulatório de Nefrologia

O serviço de ambulatório de nefrologia tem como missão *“Prestar cuidados da mais alta qualidade de modo custo-efectivo, à Pessoa/Família com patologia renal, num ambiente profissional que respeita a contribuição de cada profissional e que dá ênfase à perícia na prática clínica. Entende-se ainda, como fundamental, um forte empenhamento na área de investigação clínica e no ensino.”* (Centro Hospitalar X, 2011a, p. 18).

O serviço de nefrologia é, na minha opinião, um serviço com características muito específicas, pois recebe pessoas/clientes, na sua maioria, portadores de doença crónica, e muitos deles irão passar grande parte da sua vida a receber cuidados destes profissionais que compõem a equipa do serviço de nefrologia.

A doença crónica, atendendo à sua natureza, percurso e tratamento, assume-se numa dimensão especial pelo grande impacto na pessoa ao nível físico, psicológico, espiritual e social (Ribeiro, 1998).

² Apêndice II – Cronograma

A DRCT é uma doença crónica não transmissível, progressiva e debilitante, sendo responsável por um elevado índice de mortalidade e morbilidade, que requer, uma intervenção dos profissionais de saúde no tratamento e manutenção da vida. A intensidade dos sinais e sintomas na DRCT depende do grau de comprometimento renal e de outras condições subjacentes, bem como a idade da pessoa.

O convívio com uma doença incurável, a dependência de uma máquina para sobreviver, esquemas terapêuticos rigorosos, alterações da imagem corporal e restrições dietéticas e hídricas, constituem um conjunto de fatores que fazem com que, entre as doenças crónicas, a DRCT figure entre as que causam maior impacto na qualidade de vida da pessoa (Guedes, 2012). A DRCT é reconhecida como uma doença em que o doente sente uma enorme dificuldade de adaptação à mesma, ao tratamento, nomeadamente à HD, à evolução da doença ou prognóstico (Cristóvão, 1998). Estes períodos de adaptação não são estanques, uma vez que cada doente apresenta características de personalidade diferentes e consequentemente diferenças na capacidade de adaptação à nova situação.

As atividades desenvolvidas no serviço de nefrologia, com vista à operacionalização dos objetivos, são descritas de seguida, de forma a demonstrar as competências adquiridas nas diferentes áreas da enfermagem.

Aprofundar conhecimentos na área da DRCT e acessos vasculares de HD

Inicialmente aquando a realização do projeto de estágio, como atividade/estratégia para aquisição do objetivo específico referido anteriormente, propus-me apenas a realizar uma revisão da narrativa sobre a temática em estudo, de forma a aprofundar os conhecimentos na área da DRCT e nos acessos vasculares de HD. No decurso do estágio percebi que era necessário um maior critério e rigor na revisão da literatura. Assim sendo, optei pela realização de uma revisão sistemática da literatura (RSL)³ sobre os cuidados de enfermagem para a manutenção dos acessos vasculares de HD. A pesquisa foi baseada na questão: *“Quais os cuidados de enfermagem necessários para a manutenção dos acessos vasculares de hemodiálise no doente renal crónico no serviço de urgência?”*. Para conhecer a literatura científica sobre esta problemática realizaram-se pesquisas em janeiro de 2015, na base de dados eletrónica: EBSCO: *CINAHL Plus with Full Text*; *MEDLINE with Full Text*. Foram consultadas tendo em conta todos os artigos publicados,

³ Apêndice III – Revisão Sistemática da Literatura

tendo por base as palavras-chaves: **S1** - *End-stage renal disease* **OR** *chronic kidney disease* **OR** *CKD*; **S2** - *Vascular access* **OR** *arteriovenous fistula* **OR** *dialysis access*; • **S3** - *Nursing care* **OR** *Nursing*; **S4** - *Hemodialysis*. Os resultados da RSL foram utilizados na discussão dos resultados do projeto em que se insere a RSL, de forma a sustentar e apoiar a opinião dos enfermeiros peritos que participaram neste estudo de investigação.

Considero que esta opção se tornou uma mais-valia tanto para o percurso académico como para o meu crescimento enquanto profissional de enfermagem, uma vez que a realização da revisão sistemática da literatura me permitiu aprofundar os conhecimentos em diversas áreas, nomeadamente no âmbito dos cuidados especializados à pessoa com doença renal crónica terminal em terapia de substituição renal, e ainda nos cuidados de enfermagem na manutenção dos acessos vasculares de HD.

Assim sendo, considero que foi uma etapa essencial para a clarificação da temática em estudo e para todo o delineamento do projeto. Os dados obtidos pela RSL serviram para compreender/ identificar quais os cuidados de enfermagem para uma adequada manutenção do acesso vascular no serviço de urgência e compreender a importância da equipa de enfermagem neste processo. Os dados foram ainda utilizados na discussão dos resultados de forma a apoiar sustentar a opinião dos enfermeiros peritos.

A investigação é uma ferramenta essencial para compreendermos a importância dos cuidados de enfermagem e para suportar a qualidade dos mesmos. É através da conjugação obtida entre a experiência da prática clínica e o conhecimento científico produzido, que se criam condições para a definição de boas práticas, baseadas na evidência obtida pela investigação em enfermagem e disciplinas que com ela coexistam. Os enfermeiros devem assegurar que as pessoas recebem cuidados com base na melhor evidência possível (Rycroft-Malone, Seers, Titchen, Harvey, Kitson & McCormack, 2003). O uso consciente da melhor evidência pode integrar várias fontes de conhecimento (investigação, prática clínica, valores do doente e família e contexto local) de modo a que a tomada de decisão nos cuidados de saúde proporcione a melhor resposta a cada situação particular de cuidados.

Pude ainda assistir a uma palestra subordinada ao tema “**Abordagem ao doente com DRCT no SU**” dinamizada por uma médica interna de nefrologia. Esta palestra foi deveras importante, uma vez que abordou vários temas relacionados com a temática do meu trabalho, permitindo-me uma visão mais aprofundada no que diz respeito a esta área.

A atualização de conhecimentos é um aspeto que deve acompanhar a aprendizagem de modo contínuo, partindo do pressuposto de que os resultados atualizados de investigação,

quando usados para sustentar decisões clínicas, podem aumentar a probabilidade dos resultados esperados serem alcançados (Craig & Smith, 2012). Esta atualização adquire uma importância vital, em período de ensino clínico, pois este representa um momento oportuno, para o profissional recolher novas informações e procurar a respetiva fundamentação teórica. Esta validação é crucial, para posteriormente poder replicar a sua aprendizagem no contexto do exercício profissional (OE, 2009).

A identificação e categorização dos cuidados de enfermagem observadas e transmitidas pela equipa multidisciplinar do serviço de ambulatório de nefrologia, direcionada à pessoa com DRCT foi também uma atividade desenvolvida. Segundo a OE (2012), os cuidados de enfermagem são intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais. Os cuidados de enfermagem são caracterizados por terem por fundamento uma interação entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade e, o estabelecimento de uma relação de ajuda. Caracterizam-se ainda pela utilização de uma metodologia científica, que inclui: *“a) A identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em especial, no indivíduo, família, grupos e comunidade; b) A recolha e apreciação de dados sobre cada situação que se apresenta; c) A formulação do diagnóstico de enfermagem; d) A elaboração e realização de planos para a prestação de cuidados de enfermagem; e) A execução correcta e adequada dos cuidados de enfermagem necessários; f) A avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e a reformulação das intervenções;”* (OE, 2012, p.16). Assim, o período de estágio foi imprescindível, pois permitiu observar e participar no funcionamento do serviço de nefrologia e na atuação dos profissionais peritos em HD e acessos vasculares (médicos e enfermeiros), facto muito importante para o aprofundar de conhecimentos na área da DRCT e acessos vasculares de HD.

A experiência obtida através do contacto com realidades vocacionadas para o atendimento de pessoas com problemas específicos de saúde possibilita ao profissional menos treinado, angariar novas informações e apropriar-se de novas técnicas de trabalho. O estágio é considerado um tempo de observação, trabalho, aprendizagem e avaliação, e um espaço em contexto de trabalho onde se relacionam os diferentes atores no processo ensino-aprendizagem (Longo, 2005).

Também Benner (2001) diz que a excelência da prática só é atingida quando se participa nela, só quando o enfermeiro participa na prática dos cuidados pode tomar consciência da complexidade e da perícia exigida por um determinado cuidado.

A finalidade desta atividade é substanciar a enumeração e classificação das intervenções de enfermagem tendo como referencial teórico-metodológico a escola de pensamento de Marie-Françoise Collière. A reunião destes elementos facilitará posteriormente a sistematização de uma proposta de ação a transportar para novos locais onde se queira implementar a prestação de cuidados desempenhada por enfermeiros especialistas em enfermagem à pessoa com acesso vascular de HD.

Segundo o REPE, os enfermeiros no exercício da sua atividade contribuem na área da gestão, investigação, formação entre outras, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, nomeadamente: *“f) Participando na avaliação das necessidades da população e dos recursos existentes em matéria de enfermagem e propondo a política geral para o exercício da profissão, ensino e formação em enfermagem; g) Promovendo e participando nos estudos necessários à reestruturação, actualização e valorização da profissão de enfermagem.”* (OE, 2012, p.20).

A integração na equipa multidisciplinar foi também uma estratégia utilizada para a concretização dos objetivos. O estabelecimento de relações profissionais sustentadas numa comunicação eficaz e proactiva, o conhecimento das dinâmicas funcionais do serviço, dos métodos em que se alicerça, da prática da prestação de cuidados de enfermagem e compreensão do conteúdo dos documentos normativos que apoiam a prática clínica multidisciplinar adotada, também foram uma mais-valia, sendo fundamentais para que a experiência se possa avaliar como mais enriquecedora.

Segundo a OE (2009), o estabelecimento de uma atmosfera positiva é tido como favorecedora de aprendizagem e desenvolvimento nos contextos da prestação de cuidados. O relacionamento interpessoal é um investimento profissional que determina o sucesso dos momentos de aprendizagem, pois favorece a partilha de experiências, que sendo dinâmica e construtiva ao longo do tempo, facilita a exposição de dúvidas e incertezas, enriquecendo assim a formação do estudante. Uma adaptação bem-sucedida permite desde logo uma implementação antecipada das atividades delineadas pelo estudante para o ensino clínico, criando desta forma, condições para uma aprendizagem atempada das práticas inerentes ao local.

A integração de um profissional numa nova equipa profissional, no âmbito do desenvolvimento de atividades de carácter académico, deve passar primeiramente pela apresentação dos interesses e focos do estudo que pretende levar a cabo. Desta forma,

procedi à apresentação do projeto de estágio junto da equipa do serviço de nefrologia⁴. Considero que esta atividade realizada também contribuiu para o aprofundamento de conhecimentos na área da DRCT e nos acessos vasculares, uma vez que permitiu uma melhor clarificação da temática, pelos enfermeiros do serviço de nefrologia; proporcionando assim, que se misturem vários pontos de vista e conhecimentos, desenvolvendo novas formas de resolução do problema, e facultando novas perspetivas, enriquecendo todos os envolvidos e o próprio projeto, facilitando a sua implementação (Leite, Malpique & Santos, 2001).

Desenvolver competências como enfermeiro especialista na abordagem à pessoa com DRC e família

A aquisição de competências para a prestação de cuidados especializados apresenta-se como estratégia indispensável na promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem a prestar à população e assenta na necessidade de disponibilizar cuidados cada vez mais diferenciados e eficazes (OE, 2009).

Enquanto objetivo, o propósito de desenvolver capacidades com vista à diferenciação dos cuidados solicitados ao enfermeiro especialista, considerou-se como fundamental, partindo do pressuposto que o momento de ensino clínico/estágio se constitui como um momento privilegiado de aprendizagem articulada, entre a evidência teórica e a prática.

Com o início do estágio no serviço de nefrologia, tendo em conta a concretização dos objetivos estipulados, mais especificamente este último anteriormente referido, senti alguma ansiedade, uma vez que a minha experiência na área de nefrologia, mais concretamente nas técnicas dialíticas, era muito reduzida, uma vez que possuía apenas a formação teórica das unidades curriculares e a leitura bibliográfica que, de certa forma, permitiu-me um melhor entendimento de todo o processo e/ou circuito do doente que entra em programa de terapia de substituição renal.

A temática do meu projeto, como já foi referido anteriormente, assenta não só na identificação dos cuidados de enfermagem mais adequados para a manutenção dos acessos vasculares de HD no SU, como também no esclarecimento mais aprofundado da importância destes cuidados junto da equipa de enfermagem do SU. Assim, ao longo do estágio procurei experiências relacionadas particularmente com a área do acesso vascular. O facto do serviço de nefrologia ter como valência um bloco operatório próprio para a

⁴ Apêndice IV – Apresentação do Projeto à Equipa de Enfermagem do Serviço de Nefrologia

construção e manutenção dos acessos vasculares constituiu uma mais-valia no meu percurso, uma vez que pude acompanhar as várias fases de construção do acesso vascular, desde a conceção, período de maturação, até à utilização do acesso vascular na técnica dialítica.

A DRC é considerada um problema de saúde pública, resultado de elevadas taxas de mortalidade e morbilidade, com impacto negativo na qualidade de vida relacionada com a saúde. Apesar da evolução tecnológica na área da HD, que de certa forma tem contribuído para um aumento da esperança de vida desta população, o resultado dessa evolução não consiste num retorno da condição saudável da pessoa. (Martins & Cesarino, 2005)

A construção do acesso vascular é um marco significativo na vida dos doentes, talvez o primeiro grande confronto com a doença, com a sua nova vida, e principalmente com as suas novas limitações. A DRCT é uma doença crónica, em que as pessoas dependem da tecnologia avançada para sobreviver, e “*vivenciam inúmeras perdas biopsicossociais que interferem na sua qualidade de vida*” (Martins & Cesarino, 2005, p. 671). Estas modificações, também podem ocorrer com a construção do acesso vascular, nomeadamente a nível da imagem corporal; na precaução necessária na prevenção da infeção e trombose, na limitação das atividades físicas e recreativas, entre outras (Sousa, 2009).

Logo no meu primeiro turno de estágio tive a oportunidade de iniciar no bloco operatório, que funciona apenas às terças-feiras no que respeita à construção e/ou revisão de acessos vasculares, nomeadamente fístulas arteriovenosas e próteses vasculares. O primeiro dia foi extremamente marcante! Diversos doentes passaram pelo bloco operatório, uns mais reservados, outros nem por isso. No entanto, houve um que me marcou especialmente, pela sua força contagiante, mas ao mesmo tempo pela insegurança face ao futuro. Tratava-se de um jovem senhor, com cerca de trinta anos, que tinha ido ao bloco para construção de acesso vascular por agravamento analítico da função renal; provavelmente o passo seguinte após maturação do acesso será iniciar terapia de substituição renal. Construiu-se uma FAV radio-cefálica distal, mas infelizmente o processo não começou da melhor forma, contando logo com uma intercorrência. O senhor teve que regressar ao bloco pois o acesso havia parado. Passado pouco tempo, depois de construído, a hipótese mais provável seria um quadro de hipotensão e por este motivo foi submetido a uma nova anastomose. Nesta segunda ida ao bloco, a ansiedade superava toda a força devido as intercorrências. Tentámos conversar com ele, perguntar coisas

sobre a sua vida... o senhor explicou-nos que antes de estar doente tinha planeado casar, ter filhos. Contudo, tendo em conta a doença, referiu que já não sabia como iria ser o seu futuro, que decisões tomar. Perante este testemunho sentimos que é muito difícil agir, confortar, dizer algo que o possa animar. Estávamos perante um jovem adulto, com um papel social muito ativo; uma pessoa que planeou muita coisa, que sonhou e que naquele momento ficou dependente de um tratamento de quatro horas de duração mínima, três vezes por semana. Estas histórias de vida permitem-nos imaginar o quanto é difícil viver com uma doença crónica... dependentes de um tratamento exigente, certamente difícil para todos os doentes, mas muito mais complexo para aqueles em idade ativa, quer reprodutiva quer social.

A DRC vivenciada pelo adulto com um papel social ativo condiciona mudanças muito significativas e marcantes na sua vida, com repercussões no seu comportamento individual, em que muitas vezes a identidade da pessoa é posta em causa, e no contexto das interações familiares e sociais. Perante esta patologia, o doente muda os seus hábitos, o estilo de vida e sofre perdas, nomeadamente a nível da condição saudável; de papéis; de responsabilidade, e fica dependente da cronicidade da doença (McDaniel, Hepworth, & Doherty, 1994). Existe também uma elevada tendência em ocultar o seu estado de saúde, temendo julgamentos sociais negativos em relação à própria doença, mas também ao tratamento, predominando o desejo de manter o emprego e o *status* social. Por este motivo, o desenvolvimento de políticas de saúde que sensibilizem a sociedade sobre o tratamento da HD e o apoio prestado à família são determinantes para a melhoria da qualidade de vida destes doentes. (Kazemi, Nasrabadi, Hasanpour, Hassankhani, & Mills, 2011)

Olhando de novo para toda esta situação, a única palavra que me ocorre é esperança, pois considero que é neste sentido que nós, enfermeiros, podemos ter um papel imprescindível. Segundo Billington, Simpson, Unwin, Bray, & Giles (2008), as pessoas com DRCT em programa de HD apresentam taxas de ansiedade e depressão clínica maiores do que na população em geral. Este estudo realça a importância da esperança como fator protetor, reforçando que as práticas de enfermagem devem incidir em intervenções psicológicas, de forma a incentivar a esperança através de terapias e de um adequado esclarecimento dos objetivos, que devem ser concretos e realistas. A esperança é um fator importante de adaptação à doença: níveis maiores de esperança preconizam uma redução na ansiedade, depressão, sintomas e encargos relacionados com a DRC, melhoria na qualidade de vida e na saúde mental.

Segundo Hesbeen (2001), quando se atingem os limites de intervenção dos outros prestadores de cuidados, os profissionais de enfermagem têm sempre a possibilidade de fazer mais pelas pessoas, de as ajudar, de contribuir para o seu bem-estar, mesmo nas situações mais complexas.

Os enfermeiros devem contrariar a tendência de uma enfermagem demasiado tecnicista, muito virada para as máquinas e os interfaces, próprios das unidades de diálise, aproximando-se mais dos doentes, das suas necessidades, praticando uma enfermagem avançada, tendo como base os cuidados na relação de parceria com o doente/pessoa. A enfermagem é a profissão que se dirige às pessoas, *“a enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, ao doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma a que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”* (OE citando o REPE, 2003, p.19).

O cuidar em enfermagem requer teoria e prática, mas vai muito mais além de um mero pensamento: é caracterizado por uma ação onde cada momento de cuidar (Watson, 2002), vai ao encontro daquela pessoa que é o nosso alvo de atenção, ajudando-a a encontrar um modo de vida significativo numa determinada situação (Hesbeen, 2004).

Deste modo, este conceito de enfermagem, Enfermagem Avançada, não é mais do que o conceito de uma *“Enfermagem com mais enfermagem”* (Silva, 2007, p.12); pois existe uma diferença clara entre o conceito de Prática Avançada que usa os procedimentos da medicina (baseado no modelo biomédico) e Enfermagem Avançada que, para além destes conhecimentos, se baseia em conhecimentos próprios da enfermagem significando maior competência para um desempenho centrado numa lógica mais conceptual e focado na inter-relação pessoal baseada em teorias de enfermagem (Silva, 2007).

A DRC tem contornos incomparáveis quando comparado com outras doenças crónicas. Viver no limite, viver para o tratamento... é importante perceber o papel fundamental que o enfermeiro tem, pois muitas vezes não temos consciência do quanto somos importantes e imprescindíveis para os doentes.

Ao longo do estágio estive muitas vezes na sala de HD, onde tive oportunidade de ver posto em prática todos os conteúdos das unidades curriculares. Todavia, para além da técnica, também é possível observar a forma como as pessoas vivenciam o seu processo de doença, o tratamento, e o seu relacionamento com a equipa de saúde. Muito dos doentes têm uma postura mais renitente ao tratamento, à equipa de saúde, como é o caso

do Sr. M. Trata-se de um ex-funcionário do hospital com DRCT em TSR, modalidade HD. É um dos doentes mais carismáticos do serviço pela sua exigência e frontalidade. É o único doente que se auto-punciona, é ele que decide a estratégia terapêutica, possui total autonomia para tudo, não dando grande abertura para conversas ou explicações. Exige ser dos primeiros a ser ligado e fica muito aborrecido quando as coisas não correm de acordo com a sua exigência. Apesar de nem sempre ser fácil lidar com estes doentes extremamente exigentes, que querem ter total controlo sobre tudo; é imprescindível tentar compreender e apoiá-lo nesta sua caminhada fornecendo-lhe as aptidões necessárias para que possa ser o mais autónomo possível.

Uma pessoa com DRCT, que necessita de diálise, torna-se dependente do sistema de saúde e da integridade de um acesso vascular para a sua sobrevivência. De acordo com Richard & Engebretson (2010), esta dependência leva muitas vezes à desconfiança do sistema de saúde; não só ao nível tecnológico, mas também no que diz respeito à competência dos profissionais de saúde; pois esta dependência é de tal ordem que qualquer alteração à rotina tem um impacto bastante significativo no estabelecimento de novas relações de confiança. Assim sendo, os enfermeiros, devem ter um papel ativo, desenvolvendo estratégias que ajudem a alterar o impacto do ambiente hospitalar nos doentes, e assim torná-los mais participativos e independentes.

Foi muito benéfico poder observar o doente a auto-puncionar o seu acesso vascular, pois foi possível assistir ao real valor do autocuidado para o doente que se mostra autónomo e independente, sendo capaz de colaborar no seu tratamento de forma participada, tornando-o parte integrante da sua rotina. Segundo Sousa (2012), o autocuidado é compreendido como um meio de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e de contrariar a tendência para o uso excessivo de tecnologia nos serviços de saúde. Todas as pessoas adultas têm capacidade para se autocuidar; porém, por motivos de doença, a necessidade de autocuidado poderá tornar-se superior à capacidade da pessoa para o efetuar (Orem, 1995). O enfermeiro tem como objetivo maximizar o bem-estar dos clientes e suplementar/complementar as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente, na procura permanente da excelência no exercício profissional (OE, 2002). Assim sendo, a equipa de enfermagem assume um papel muito importante e indispensável, dotando a pessoa doente de competências para enfrentar a doença e mobilizar energia, para se adaptar e efetuar o autocuidado. O enfermeiro assume assim *“um papel primordial na promoção do desenvolvimento de comportamentos de autocuidado, através da informação que fornece à pessoa, com intuito de incentivar a*

utilizar o seu potencial de aquisição de conhecimentos, capacidades e comportamentos” (Sousa, 2012, p.14).

A auto-punção do acesso vascular deve ser acompanhada pelo enfermeiro responsável com intuito de reeducar sobre práticas de controlo de infeção e de forma a manter a consistência do procedimento. Com a auto-punção, os doentes sentem-se mais habilitados no seu próprio cuidado, e os benefícios de um único puncionador vai aumentar a vida útil do acesso vascular. (Donato-Moore, 2013)

A contrastar com este exemplo, temos outros doentes com a postura oposta, uma postura de desistência, um discurso de constante derrota e desejo pela morte. Para muitos a esperança não existe. Reconhecer a vulnerabilidade das pessoas, incentivá-las a expressar esses sentimentos, sem juízos de valor, e ajudá-las a resolver os problemas e desafios que vão surgindo deverão ser algumas das prioridades do enfermeiro (Richard & Engebretson, 2010).

As pessoas portadoras de DRCT vivem frequentemente num clima de *stress*. Segundo Hardwood, Wilson, Sontrop, & Clark (2012), os profissionais de saúde precisam de avaliar os fatores de *stress* em 3 categorias (fisiológicas, psicossociais e logístico). Segundo os mesmos autores, os fatores de *stress* fisiológicos (fadiga, sono, câibras, pernas inquietas, neuropatia periférica) são uma das maiores preocupações para a pessoa com DRCT, sendo fundamental que se desenvolvam abordagens clínicas consistentes de modo a minimizá-los. Nazly, Ahmad, Musil & Nabolsi (2013), no seu estudo acerca do *stress* e estratégias de *coping* entre doentes em HD, concluíram que ainda existem áreas onde os enfermeiros e outros profissionais de saúde podem melhorar relativamente ao cuidado do doente com DRCT. De entre as áreas abordadas aquelas que mais se evidenciaram foram: a necessidade de uma comunicação mais eficiente, bem como consultas de educação e de nutrição mais frequentes. Este estudo veio reforçar a necessidade da enfermagem intervir e ajudar/educar doentes em HD, de modo a diminuir o *stress*, melhorando as estratégias de *coping* e facilitando o processo de adaptação ao tratamento.

Uma das experiências mais marcantes do estágio foi ter observado um doente acamado, consciente, vígil, afásico, apenas dirigia o olhar; encontrava-se extremamente dependente em todas as atividades de vida, com gastrostomia percutânea. Este doente era submetido três vezes por semana aos cuidados associados à técnica dialítica. Esta situação causou-me inúmeras questões, introspeção... Será que a técnica dialítica contribui para a qualidade de vida daquele doente? Será que ele próprio deseja seguir este caminho? Por

outro lado, se o doente não fizer diálise, acabará por morrer. A quem caberá decidir a continuidade ou interrupção do tratamento? Ao doente? À família? Parece-me que são questões extremamente difíceis de responder, cabendo aos enfermeiros a responsabilidade de apoiar os doentes e a família da melhor forma possível.

É muito importante que a equipa de enfermagem esteja desperta para uma filosofia adequada, no que diz respeito aos cuidados paliativos nos doentes com DRCT em programa de HD, para que lhe seja garantido o maior conforto possível. É necessário incorporar a filosofia dos cuidados paliativos junto com a tecnologia nas unidades de diálise, de forma a melhorar os cuidados de enfermagem em doentes em fim de vida, mas ainda em programa de HD (Axelsson, Randers, Jacobson & Klang, 2012) para que lhes seja garantido um maior conforto nesta etapa.

Ao longo do estágio pode-se constatar a idade avançada com que por vezes os doentes entram em programa de HD, idades superiores aos 80 anos. Numa das vezes que estive no bloco operatório, pode constatar isso mesmo. Contudo a longevidade que se pode proporcionar pode acarretar consequências, complicações. Uma das senhoras que foi submetida à construção do acesso vascular tinha mais de 80 anos, posteriormente à colocação do cateter foram feitos inúmeros ensinos de forma demorosa e cautelosa, contudo ficámos com a sensação que estava a ser difícil para aquela doente entender, enquanto explicávamos os procedimentos a senhora só referia que não tinha filhos, que não tinha ninguém para a ajudar, que não sabia ler e que apenas contava com a ajuda de um vizinho. Mais tarde viemos a saber que na mesma noite a senhora recorreu ao SU por hemorragia do acesso vascular. É um facto que a hemorragia é uma complicação possível, mas provavelmente o repouso não foi cumprido, o membro do acesso vascular fez algum esforço indevido que possa ter contribuído para a complicação. Embora o serviço tenha criado uma consulta de follow-up após construção de acesso vascular, para algumas pessoas esta medida é insuficiente, nomeadamente para pessoas mais idosas.

Segundo Francisco et al (2012), os idosos são mais suscetíveis a comorbilidades, episódios de doença aguda, internamento hospitalar, o que agrava a sua adaptação e aumenta a sua dependência funcional. Segundo os mesmos autores, os enfermeiros têm uma ação fundamental no reconhecimento das necessidades da população idosa com DRCT.

Ao longo do estágio assisti à trombólise intra-luminal de cateteres tunelizado para HD. O fármaco utilizado era o Alteplase que tem como objetivo o restabelecimento da permeabilidade intra-luminal dos cateteres. Pude também observar com e sem apoio de

angiografia a colocação/remoção de cateteres tunelizados. Tive oportunidade de puncionar acessos vasculares, bem como manusear cateteres centrais para HD. Constatei o papel fundamental que os enfermeiros têm na prevenção de possíveis complicações dos variados acessos vasculares. Toda a aprendizagem feita na manipulação dos acessos vasculares confirmou e reforçou a temática do meu projeto. Todas estas aprendizagens contribuíram para a aquisição/desenvolvimento de competências como futuro especialista médico-cirúrgica na vertente nefrológica.

O serviço de ambulatório de nefrologia conta também com o hospital de dia, onde dá resposta aos doentes em diálise peritoneal, para além de outras situações. Tive oportunidade de passar alguns dias nesta valência e inclusivamente de acompanhar uma visita domiciliária. A visita domiciliária tem como objetivo fazer o diagnóstico da situação; avaliar o bem-estar físico, psíquico e social do doente/família; realizar/ reforçar ensinamentos relativos à educação para a saúde; acionar mecanismos necessários à resolução de problemas identificados (Centro Hospitalar X, 2011a).

Visitei dois doentes; uma jovem de vinte e sete anos de idade com uma DRC etiologia diabética a aguardar transplante, e outro senhor com um deficit cognitivo muito dependente do cuidador. As duas visitas domiciliárias foram muito marcantes e enriquecedoras por motivos diferentes. A primeira foi muito gratificante, sem dúvida, pela esperança, pelo sorriso da jovem e pela vontade de viver. O incentivo ao autocuidado é sem dúvida um dos pontos fortes da profissão: fazer com que o outro cuide de si! Ela executou a técnica toda na perfeição, sob supervisão da equipa de enfermagem. O segundo doente pela importância do cuidador: o compromisso que este tem para com o doente é muito importante, ficando muito presente a necessidade e importância de envolver a família nos cuidados. É neste âmbito que, tendo em conta o domínio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados (OE, 2010), o papel do enfermeiro especialista é fundamental, uma vez que as competências relacionais e comunicacionais desenvolvidas nos permitem envolver o doente e a família no processo de cuidados, valorizando as suas preocupações e promovendo a sua autonomia e segurança, com base num processo negociado e partilhado de poder.

A DRC é um problema crescente em todo o mundo, bem como, o TSR, exercendo cada vez mais pressão sobre os sistemas de saúde. Em função deste crescimento, muitos são os contributos dos enfermeiros na prática do cuidar para maximizar a longevidade e minimizar as implicações para os sistemas de saúde. Um olhar amplo, atento e compreensivo sobre os doentes com DRCT deverá ser a prioridade do enfermeiro, para

que possa garantir uma adequação consistente dos cuidados prestados aos doentes, tendo em conta uma perspetiva holística e abrangente.

Com a realização deste estágio, no serviço de ambulatório de nefrologia, penso ter conseguido integrar conhecimentos e experiências que contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, contribuindo para atingir os objetivos propostos e me tornar perito na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa DRCT enquanto enfermeiro especialista. Assim, considero ter adquirido competências de enfermeiro especialista no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, adquirindo conhecimentos desta natureza, importantes para a prestação de cuidados à pessoa DRC, desenvolvendo uma prática profissional e respeitando os direitos humanos. Assim sendo, além das competências técnicas, desenvolvi também as competências relacionais. Tive como prioridade o respeito e interesse pelo doente. No que se refere aos domínios da gestão da qualidade e gestão dos cuidados, reforcei competências na avaliação da qualidade dos cuidados prestados e promoção de um ambiente seguro, gerindo cuidados, ao otimizar a equipa de enfermagem na articulação com a família e restante equipa multidisciplinar. No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, desenvolvi o autoconhecimento e baseei a praxis clínica através da RSL efetuada, assim como a realização de entrevistas a enfermeiros peritos na área do acesso vascular de HD, colaborando como agente ativo no campo da investigação em enfermagem. Igualmente no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, fui capaz de desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, relevando a minha dimensão com a relação com a pessoa com DRC e sua família.

Finalizando, desenvolvi competências baseando a minha praxis clínica e especializada, em sólidos e válidos padrões de conhecimento, recorrendo a bibliografia pertinente e às competências previstas pela European Dialysis & Transplant Nurses Association / European Renal Care Association.

3.2 Unidade de Cuidados Intensivos

A unidade de cuidados intensivos (UCI) do hospital onde realizei estágio é uma UCI de nível III (de acordo com o definido pela DGS), uma vez que possui quadro próprio e equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), presta assistência médica qualificada em presença física nas 24 horas, dispõe dos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários, conforme definido pela DGS (2003), tem instituídas medidas de controlo contínuo de qualidade e programas de ensino e treino em

cuidados intensivos. É uma unidade polivalente, na medida em que assegura os cuidados integrais dos doentes médicos ou cirúrgicos que nela são admitidos, podendo ser solicitada a colaboração de outras especialidades do hospital. Desta forma, articula-se com as outras unidades de cuidados intensivos de nível mais baixo, como as unidades de cuidados intermédios, as unidades de cuidados pós-anestésicos, os blocos operatórios e o SU. (Centro Hospitalar X, 2011b)

Optei por um estágio de curta duração (2 semanas) neste contexto de cuidados, uma vez que o projeto aborda a manutenção de acessos vasculares de HD. Pretendi, assim, observar a forma como a equipa de enfermagem age para a adequada manutenção do acesso vascular central de HD e também para adquirir conhecimentos, experiência e competências nas técnicas dialíticas contínuas.

As técnicas contínuas de substituição renal constituem o tratamento de eleição nas unidades de cuidados intensivos, grande parte das vezes utilizadas em doentes onde o problema de sobrecarga hídrica se sobrepõe à acumulação de ureia. Existem dois tipos de técnicas contínuas: arteriovenosa, com recurso à pressão, contudo em desuso; e a venovenosa, com auxílio de uma bomba de sangue, sendo esta última a mais utilizada (Marchão, Cachado, Matias, Sousa & Pimenta, 2011).

A realização de técnicas contínuas requer a colocação de um CVC de duplo lúmen, específico para técnicas dialíticas, inserido numa veia de grande calibre. A veia jugular interna é o local preferencial de inserção do cateter (McCann et al, 2010). A inserção e manutenção de um CVC para HD não são procedimentos isentos de riscos, sendo as suas complicações numerosas (McCann et al, 2010). Para estes autores, a infeção é a complicação mais frequente.

Ao longo dos dias de estágio pude observar o quanto é importante e imprescindível o trabalho da equipa de enfermagem na manutenção do CVC para HD, uma vez que as boas práticas (essencialmente no que respeita aos cuidados de assepsia) conduzem a menos complicações do acesso vascular e desta forma trazem mais benefícios para o doente. Cabe ao enfermeiro especialista liderar equipas na prestação de cuidados especializados ao doente portador de CVC para HD. Para o sucesso deste tipo de técnicas, é imprescindível uma equipa de enfermagem preparada e experiente.

Tive também oportunidade de assistir a uma palestra orientada pelo grupo de enfermeiros responsáveis pela técnica dialítica, acerca de todo o procedimento da técnica dialítica contínua. Esta formação revelou-se uma experiência muito enriquecedora, pois permitiu um melhor esclarecimento sobre esta técnica, contribuindo para o

desenvolvimento de competências de enfermagem especialista médico-cirúrgica vertente nefrologia.

A passagem por este local de estágio permitiu uma reflexão sobre a prática, mais especificamente no que respeita à manutenção do CVC de HD, o que contribuiu em muito para a elaboração do presente trabalho.

A enfermagem tem vindo ao longo dos tempos a apostar cada vez mais no desenvolvimento da sua especificidade nomeadamente através da problematização e reflexão crítica das práticas. Sendo a prática de enfermagem centrada na pessoa que, em interação contínua com o seu ambiente, vive experiências de saúde (Kérrouac et al, 2002), os cuidados são mais do que o simples cumprimento de múltiplas tarefas. Trata-se de ações englobando um cuidado individualizado e integração de um saber específico. A prática reflexiva surge assim como habilidade essencial em enfermagem: refletir sobre a prática é muito importante e imprescindível para a evolução profissional e pessoal.

É com base neste ponto reflexivo que o papel do enfermeiro especialista se torna importante, de modo a que este desempenhe as suas funções numa análise constante da sua prática e da realidade que o rodeia, com o intuito de desenvolver metodologias progressivamente mais adequadas. Foi exatamente com base neste pressuposto que senti a necessidade de desenvolver/especificar a minha formação, de forma a continuar a refletir sobre as minhas atitudes/decisões sob um ponto de vista mais consciente na busca de perguntas e respostas que justifiquem e orientem a minha prática profissional.

4. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO NO SU

O último local de estágio foi o SU de um centro hospitalar da margem sul do Tejo, onde desempenho funções, como já foi referido anteriormente. Este serviço tem como missão estratégica o atendimento dos doentes urgentes e emergentes, prestando-lhes os cuidados adequados à sua situação clínica, articulando-se com as demais estruturas institucionais, estatais e não estatais, que atuam no âmbito do Sistema Nacional de Saúde direta ou indiretamente, desde a área pré-hospitalar, à hospitalar (Centro Hospitalar X, 2011c).

O objetivo deste estágio no SU passou evidentemente pela execução do projeto já apresentado, com o principal propósito de promover comportamentos de acordo com a melhor evidência científica na prática de cuidados, junto da equipa de enfermagem do SU, no que respeita à manutenção de acessos vasculares de HD. Tendo como objetivos específicos: identificar quais as temáticas que os enfermeiros peritos em HD e acessos vasculares consideram importantes englobar no plano de formação dos enfermeiros do SU e capacitar a equipa de enfermagem do SU para uma prática de cuidados de enfermagem mais consciente e orientada, no que respeita à manutenção de acessos vasculares de HD.

4.1 Metodologia

A investigação em enfermagem é de extrema importância e contribui para o enriquecimento da ciência de enfermagem. A metodologia engloba regras que definem o avanço da pesquisa: é um quadro *à priori* de todo o processo racional. É o estudo das operações e procedimentos mais adequados na realização de uma investigação. Segundo Fortin (1999), a metodologia é o “*conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação ou parte de um relatório de investigação que descreve os métodos e as técnicas utilizadas no quadro dessa investigação*” (p. 372). A metodologia a adotar no processo de investigação não é uma receita universal, uma vez que as opções metodológicas exigem uma reflexão para que as tomadas de decisão sejam adequadas ao estudo em causa, podendo sofrer as alterações que forem consideradas pertinentes.

Segundo Polit, Beck & Hungler (2004), a pesquisa em enfermagem tem como finalidade “*(...) a identificação, a descrição, a exploração, a explicação, a previsão e controle.*” de problemáticas relacionadas com a profissão de enfermagem. Dentro de cada finalidade, vários tipos de questões são elaboradas, umas mais apropriadas à pesquisa

qualitativa e outras à pesquisa quantitativa. Assim sendo, o tipo de estudo escolhido para responder à questão de investigação deste projeto é o estudo qualitativo de descrição onde, segundo os mesmos autores (2004, p. 34), o principal objetivo “(...) é a descrição e a elucidação dos fenômenos relacionados com a profissão de enfermagem.”

Para corroborar com os problemas identificados e por forma a dar resposta aos objetivos este estudo foi dividido em duas fases:

1ª Fase

- RSL (Apêndice III);
- Aplicação de um questionário aos enfermeiros do SU de forma a aferir a pertinência da temática em estudo;
- Realização de entrevistas para obter a opinião de enfermeiros peritos em HD e acessos vasculares, sobre quais os principais cuidados de enfermagem para uma adequada manutenção dos acessos vasculares de HD no SU;
- Recolha e tratamento de dados.

2ª Fase

- Tratamento dos dados recolhidos anteriormente (grau de concordância entre a opinião dos peritos e a RSL);
- Elaboração de uma ação formativa aos enfermeiros do SU, sobre os cuidados de enfermagem para a manutenção dos acessos vasculares de HD.

4.1.1 População

Segundo Polit, Beck & Hungler (2004), a população alvo é toda a população na qual o investigador está interessado. Para este projeto, a população alvo são todos os enfermeiros do SU do hospital onde desempenho funções.

4.1.2 Variáveis

Variável é algo que varia; considerando-se qualquer qualidade de uma pessoa, grupo ou situação que pode variar e assumir diferentes valores. Assim sendo, existem dois tipos de variáveis: independentes e dependentes (Polit, Beck & Hungler, 2004). De forma a dar resposta à questão de investigação no decorrer do projeto surgiram as seguintes variáveis: **Independentes** (género, idade, tempo de profissão, experiência em HD); **Dependentes** (necessidades de formação).

4.1.3 Métodos e Instrumentos de Colheita de Dados

De forma a atingir os objetivos do presente projeto, foram articulados conhecimentos com enfermeiros peritos em nefrologia e, através destes, identificaram-se os conhecimentos específicos que são importantes e necessários para uma melhor prática de enfermagem na manutenção dos acessos vasculares de HD no SU. A articulação com os enfermeiros peritos foi feita através de entrevistas semiestruturadas. A entrevista é um método de recolha de dados, um modo de comunicação verbal entre duas pessoas e que tem três funções: compreender o sentido de um fenómeno na perspectiva dos participantes, servir como principal instrumento de medida e complementar outros métodos de recolha de dados (Fortin, 1999).

Para a análise dos dados obtidos nas entrevistas efetuadas, foi realizada a técnica de análise de conteúdo. Segundo Bardin (2009) a análise de conteúdo consiste num conjunto de técnicas de análise das mensagens, através da utilização de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das comunicações. A mesma autora refere que a análise de conteúdo tem a capacidade de enriquecer qualquer pesquisa, aumentando assim a tendência para a descoberta.

Para Bardin (2009) a organização da análise de conteúdo compreende três etapas:

- Pré-análise;
- A exploração do material;
- Tratamento dos resultados.

A pré-análise, primeira fase desta organização *“Corresponde a um período de intuições, mas tem por objectivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento das operações sucessivas num plano de análise (...)”* (Bardin, 2009, p.121). Assim, num plano inicial, o propósito desta primeira fase é, para além da escolha do material que será submetido à análise, proceder-se à formulação dos objetivos e hipóteses para a elaboração de indicadores que irão fundamentar a interpretação final.

A segunda fase, a exploração do material, consiste na codificação do material, na decomposição ou enumeração segundo regras aplicadas na pré-análise (Bardin, 2009). A codificação consiste numa transformação, segundo regras precisas, de forma a atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, capaz de esclarecer o analista acerca das características do texto. Esta transformação permite reduzir o texto inicial em unidades mais facilmente interpretáveis, ou seja, em unidades de registo ou significação.

As unidades de registo ou significação são posteriormente categorizadas. A categorização é “(...) *uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (...)*” (Bardin, 2009, p.145). Neste sentido, os elementos são agregados de acordo com critérios semânticos, procurando a homogeneidade, exaustividade e pertinência das unidades de significado. Depois, para cada categoria são definidas subcategorias que agrupam indicadores com um mesmo contexto, de modo a clarificar a análise dos dados (Bardin, 2009).

A terceira fase diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Mediante técnicas estatísticas simples ou complexas procede-se ao tratamento dos resultados; nesta fase do processo da análise de conteúdo ocorre a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (Bardin, 2009).

Foi também aplicado um questionário aos enfermeiros do SU com o objetivo de aferir a pertinência da temática e identificar as dificuldades sentidas na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa portadora de acesso vascular para HD no SU. Segundo Fortin (1999), o questionário é um instrumento de medida que traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis, ajuda a normalizar e a controlar os dados, permitindo que as informações procuradas possam ser colhidas de forma rigorosa.

4.1.4 Questões Éticas

Ao se realizarem estudos no âmbito da saúde e quando principalmente se envolvem seres humanos, é necessário que o conceito de Ética⁵ esteja sempre presente na «mente» dos investigadores, para que este conceito «caminhe» lado a lado com a investigação, para que essa investigação seja vantajosa para as pessoas, e não uma fonte de constrangimento e de quebra de direitos humanos.

Para além disto, Fortin (1999. p.116) faz referência a cinco direitos éticos adaptados aos seres humanos, nomeadamente: “*o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim, o direito a um tratamento justo e leal*”. Neste sentido, é importante tomar as medidas necessárias para proteger os direitos e liberdades dos sujeitos que participam nas investigações.

⁵ **Ética** deriva da palavra grega «ethos», que significa modo de ser, os romanos traduziram para o latim esta palavra que ficou «moes» que significa costumes, de onde provem a palavra moral.

Tratando-se de uma investigação na área da disciplina de enfermagem, foram tidos em conta alguns aspetos deontológicos, presentes no Código Deontológico do Enfermeiro, de forma a cumprir as normas deontológicas que estabelecem os deveres inerentes à prática de enfermagem. Neste sentido, tive presente os seguintes artigos: Artigo 85º – Do Dever de Sigilo; o enfermeiro assume o dever de “*a) considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte; (...) d) manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados*” (OE, 2003, p.79). Artigo 86º – Do Respeito pela Intimidade; o enfermeiro assume o dever de “*a) Respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família*” (OE, 2003, p.87).

O anonimato e a confidencialidade de todos os dados partilhados é um direito que assiste as pessoas, pelo que a garantia de que estes são cumpridos assegura quer o respeito pela sua identidade, bem como pelas declarações feitas, de forma que não o possam comprometer. Fortin (1999) refere que a violação dos referidos direitos podem surgir consequências nefastas, danos, tais como o embaraço, a ansiedade, a vergonha ou a culpabilidade.

Assim sendo, responsabilizo-me a garantir o cumprimento de todos os procedimentos éticos, inerentes a este tipo de projeto, nomeadamente o respeito pela confidencialidade e anonimato dos dados. Tive também a preocupação de dar conhecimento à instituição onde desenvolvi o presente projeto, assim como também pedi autorização à direção de enfermagem para o realizar⁶.

4.2 Apresentação e Análise dos Resultados

Neste subcapítulo procede-se à apresentação e análise dos resultados obtidos após aplicação dos instrumentos de colheita de dados. Segundo Fortin (1999, p.42), “*A análise dos dados permite produzir resultados que podem ser interpretados pelo investigador. Os dados são analisados em função do objecto de estudo (...).*”. De acordo com a mesma autora, após a análise de dados segue-se a apresentação dos resultados e sua interpretação à luz das questões de investigação. “*Apresentar os resultados consiste em acompanhar o texto narrativo de quadros e figuras que ilustra os principais resultados obtidos com as diferentes análises utilizadas*” (Fortin, 1999, p.329).

⁶ Anexo I – Autorização para a Implementação do Projeto pela Direção de Enfermagem do Centro Hospitalar

Análise dos Dados Obtidos dos Questionários Realizados aos Enfermeiros do SU

Os dados colhidos referem-se aos sujeitos em análise e são válidos apenas para a população onde o questionário foi aplicado, ou seja, a equipa de enfermagem do SU de um hospital da margem sul do Tejo. O questionário contém duas partes⁷: uma primeira que tem como objetivo caracterizar os participantes e que integra diversas variáveis; e uma segunda parte com 3 questões, 2 questões fechadas onde foi aplicada estatística descritiva para o tratamento dos dados colhidos e uma questão aberta onde foi feita a análise de conteúdo segundo Bardin. O processo de aplicação do questionário decorreu entre outubro e novembro de 2014. Antes da aplicação de cada questionário foi apresentado um documento de consentimento informado.

Variáveis Independentes

Inicia-se a apresentação dos resultados pela caracterização da amostra que participou no questionário aplicado, que é constituída por 41 enfermeiros de uma população de 58 enfermeiros a exercer funções no SU, ou seja, 70,69% dos enfermeiros do SU participaram neste estudo.

Pela leitura do gráfico n.º 1, observa-se que 36,59% dos sujeitos que fazem parte da amostra são do género masculino e 63,41% pertencem ao género feminino.

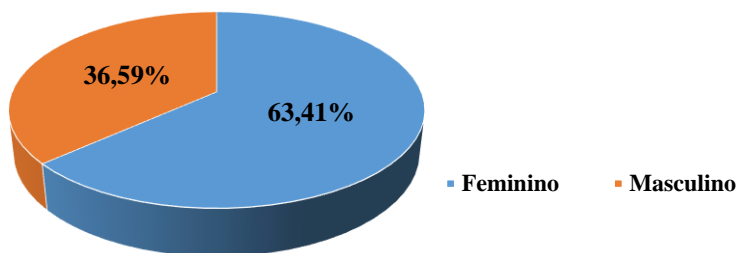


Gráfico n.º 1 – Distribuição por Género

As idades dos sujeitos da amostra variam entre os 24 e 59 anos, com idades maioritariamente entre os 31-35anos, 48,78% da amostra.

Relativamente ao tempo de experiência profissional, 58,54% tem entre 2 a 9 anos; 24,39% entre 10 e 15 anos e 17,07% tem mais de 15 anos de experiência profissional. Com experiência em cuidados específicos da TSR, nomeadamente HD, apenas 7,32% tinham experiência.

⁷ Apêndice V – Questionário Aplicado aos Enfermeiros do SU

Variáveis Dependentes

No que diz respeito à necessidade de formação na área dos acessos vasculares de HD, como se pode constatar no gráfico n.º 2, 97,56% dos enfermeiros que participaram no estudo consideraram necessário adquirir mais conhecimento/competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa portadora de acessos vasculares para HD no SU.

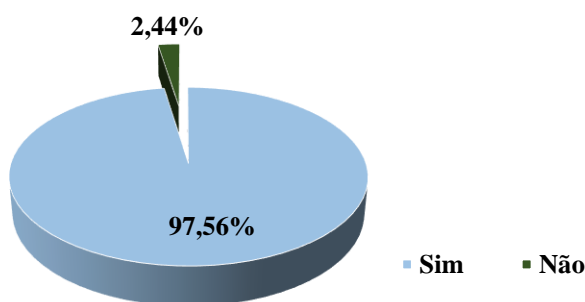


Gráfico n.º 2 – Necessidade de aquisição de conhecimentos / competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa portadora de acesso vascular para HD no SU

Depois da decomposição das respostas à segunda pergunta do questionário, relativa às dificuldades sentidas na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa portadora de acesso vascular para HD no SU, resultaram 7 categorias, algumas subdividem-se em subcategorias. O quadro n.º 1 sintetiza-as.

Quadro n.º 1 – Dificuldades sentidas na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa portadora de acesso vascular para HD no SU

Categoria	Subcategoria	Unidades de Enumeração
Inexperiência Profissional		N1 – 2,44%
Falta de Formação		N4 – 9,76%
Realização de Ensinos ao Doente e Família		N1 – 2,44%
Relação Terapêutica Difícil		N1 – 2,44%
Controlo de Hemorragia na FAV / Prótese Vascular		N7 – 17,07%
Cuidados de Enfermagem para a Manutenção do CVC de HD		N34 – 82,93%
	• Realização do penso;	N6 – 14,63%
	• Assepsia;	N5 – 12,20%
	• Heparinização do cateter;	N14 – 34,15%

Cuidados de Enfermagem para a Manutenção da FAV / Prótese Vascular	• Administração de terapêutica;	N26 – 63,41%
	• Colheita de sangue;	N1 – 2,44%
	• Manuseamento do cateter central provisório de HD com triplo lúmen.	N4 – 9,76%
		N21 – 51,22%
	• Pensos das sessões pós dialíticas nas FAV / Próteses Vasculares;	N3 – 7,32%
	• Cuidados de enfermagem específicos com o membro do acesso vascular;	N10 – 24,93%
	• Exame físico ao membro do acesso vascular;	N3 – 7,32%
	• Identificação do membro do acesso vascular.	N4 – 9,76%

Relativamente à pertinência da temática pode-se constatar que 80,49% dos sujeitos em estudo consideram muito pertinente e os restantes, 19,51%, classificam a temática como pertinente. Sendo que nenhum sujeito a classificou como não pertinente (Ver gráfico n.º 3).

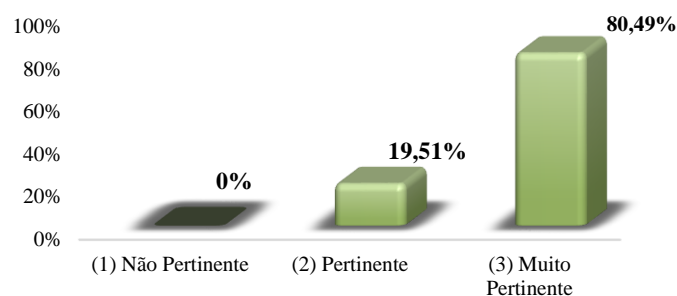


Gráfico n.º 3 – Pertinência da temática

Análise dos Dados Obtidos das Entrevistas Realizadas aos Enfermeiros Peritos em Nefrologia

A escolha dos enfermeiros peritos em acessos vasculares para HD, para a realização das entrevistas resultou da opinião da enfermeira chefe do serviço de ambulatório de nefrologia tendo por base o modelo de aquisição de competências de Patrícia Benner. A autora definiu no seu modelo de competências, cinco estádios, que se desenvolvem gradualmente com o tempo, com os conhecimentos e a experiência. Os cinco estádios

definidos por Benner (2001) são: Iniciado; Iniciado Avançado; Competente; Proficiente e Perito.

O quinto e último estadio fala-nos sobre o **perito**. Neste último estadio o enfermeiro tem uma enorme experiência, compreendendo de maneira intuitiva as mais variadas situações (Benner, 2001). Os enfermeiros peritos são muito respeitados tanto pelos colegas como pelos médicos, pelas suas capacidades de julgamento e competência. Conseguem gerir situações complexas de uma maneira eficaz, dão opiniões clínicas, são consultados por outros membros da equipa de enfermagem, detetam precocemente alterações clínicas, entre outras coisas. Em situações em que não tem experiência prévia, o enfermeiro necessita de instrumentos analíticos. Nem todos os enfermeiros são capazes de se tornar peritos, tal como Benner (2001, p.61) afirma, *“a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria”*. A prática confere-nos não só destreza manual como mental.

Relativamente ao instrumento de colheita de dados, o guião de entrevista contém duas partes⁸: uma primeira que tem como objetivo caracterizar os participantes e que integra diversas variáveis; e uma segunda parte com o guião da entrevista semiestruturada em que os enfermeiros especialistas responderam às diversas questões propostas, tendo como objetivo identificar quais as temáticas que consideram importantes englobar no plano de formação dos enfermeiros do SU de forma a capacitar a equipa de enfermagem do SU para uma prática de cuidados de enfermagem mais consciente e orientada, no que respeita à manutenção de acessos vasculares de HD. O processo de recolha de informação decorreu entre outubro e novembro de 2014. Antes da aplicação de cada entrevista foi apresentado um documento de consentimento informado. As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas na íntegra⁹, assegurando-se a confidencialidade das mesmas.

Foram selecionados sete enfermeiros peritos do serviço de nefrologia. A primeira entrevista a ser aplicada serviu de pré-teste¹⁰, tendo sido feitas alterações ao guião da entrevista. Posteriormente a entrevista foi aplicada aos restantes seis enfermeiros peritos.

A análise dos dados obtidos nas entrevistas efetuadas foi realizada através da técnica de análise de conteúdo. Cada entrevista realizada foi codificada (numericamente), de

⁸ Apêndice VI – Guião de Entrevista Aplicado aos Enfermeiros Peritos em Nefrologia

⁹ Anexo II – Transcrição das Entrevistas Aplicadas aos Enfermeiros Peritos

¹⁰ Apêndice VII – Guião de Entrevista Pré-Teste

forma a manter o anonimato e confidencialidade dos resultados, e analisada de acordo com os procedimentos de análise de conteúdo de Bardin (definida anteriormente)¹¹.

No quadro n.º 2 são apresentadas as temáticas que os enfermeiros peritos em HD e acessos vasculares consideram importantes englobar no plano de formação dos enfermeiros do SU de forma a capacitar a equipa de enfermagem do SU para uma prática de cuidados de enfermagem mais consciente e orientada, no que respeita à manutenção de acessos vasculares de HD.

Intervenções de enfermagem indispensáveis para uma manutenção adequada do acesso vascular de hemodiálise no serviço de urgência	<ul style="list-style-type: none">• Identificação do membro do acesso vascular;• Exame físico ao membro da fístula;• Posicionamentos;• Remoção dos pensos da técnica dialítica;• Assepsia nos cuidados aos CVC para hemodiálise.
O que avaliar e fazer no exame físico ao membro do acesso vascular de hemodiálise	<ul style="list-style-type: none">• Observação;• Palpação;• Auscultação.
Complicações possíveis do acesso vascular de hemodiálise	<ul style="list-style-type: none">• Acesso vascular parado (não funcional);• Sinais de infeção;• Hemorragia do acesso vascular;• Hematomas no local do acesso vascular.
Intervenções de enfermagem necessárias para salvaguardar o acesso vascular central e não provocar malefício ao doente, em caso de utilização em situações urgentes/emergentes	<ul style="list-style-type: none">• Cuidados relacionados com a heparinização do cateter;• Assepsia;• Utilização do ramo venoso.

Quadro n.º 2 – Temáticas identificadas pelos enfermeiros peritos

4.3 Discussão dos Resultados

Terminada a apresentação e análise dos resultados, é necessário proceder à reflexão sobre os resultados obtidos. A discussão é uma fase crucial em qualquer trabalho de investigação, pois permite realçar os dados mais significativos que encontrámos e relacioná-los com a fundamentação teórica, tendo também em conta outros estudos de investigação, de forma a definir as conclusões do estudo.

Ficou claro que a temática / problemática em estudo é identificada como muito pertinente por uma percentagem muito significativa de enfermeiros a desempenhar funções no SU (80,49%). Também os enfermeiros peritos reforçaram a importância da

¹¹ Apêndice VIII – Análise de Conteúdo Análise de Conteúdo das Entrevistas Aplicadas aos Enfermeiros Peritos em Nefrologia

temática e concordam com a necessidade de incluir esta área no plano de formação do SU. Os peritos referiram que existe um grande *handicap* neste âmbito, porque esta formação muitas vezes não é abordada nas escolas de enfermagem; é adquirida posteriormente. Estes enfermeiros afirmaram que quanto mais profissionais de enfermagem dominarem estas temáticas maior é a sobrevida dos acessos vasculares. Quase a totalidade dos enfermeiros do SU (97,56%) consideraram necessário adquirir conhecimento na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa portadora de acesso vascular para HD. É também importante realçar que apenas 7,32% da amostra tinha experiência prévia em HD.

Estes dados realçam a pertinência do tema e a necessidade de identificar estratégias para colmatar as dificuldades encontradas, de forma a melhorar os cuidados de enfermagem aos doentes portadores de acessos vasculares para HD, capacitando a equipa de enfermagem do SU para uma prática de cuidados de enfermagem mais consciente e orientada, no que respeita à manutenção de acessos vasculares de HD. Pois tal como refere McCan et al (2008), os enfermeiros são parte integrante da equipa multidisciplinar e têm um papel fundamental na área do acesso vascular, devendo ser detentores de conhecimentos necessários para a manutenção de todo o tipo de acessos vasculares.

De forma a dar resposta às necessidades de orientação dos enfermeiros, foram desenvolvidas algumas atividades. A primeira a ser pensada e posteriormente formulada foi a criação de um fluxograma de atuação¹² aquando a entrada de um doente com FAV ou prótese vascular. O objetivo é sinalizar precocemente os doentes portadores de acessos vasculares arteriovenosos, permitindo assim uma identificação atempada do membro do acesso vascular e desta forma assegurar todos os cuidados de enfermagem indispensáveis para a manutenção desse acesso. O fluxograma permite ainda, sinalizar as pessoas com DRC sem acesso vascular, onde é necessário haver preservação do património vascular, de forma a salvaguardar a rede vascular para uma eventual construção do acesso vascular arteriovenoso. O objetivo do fluxograma é também fazer referência à norma de orientação clínica¹³, já anteriormente realizada pelo centro hospitalar, sobre a preservação do património vascular do doente renal crónico, para que a equipa de enfermagem conheça a sua existência e os seus conteúdos, de modo a que possa seguir as suas orientações clínicas.

¹² Apêndice IX – Fluxograma de Atuação Aquando a Entrada de um doente com FAV ou Prótese Vascular no SU

¹³ Anexo III – Norma de Orientação Clínica – Preservação do Património Vascular do Doente Insuficiente Renal

Quanto ao desenvolvimento desta atividade os enfermeiros peritos não só concordaram com a criação do fluxograma como o consideram uma medida indispensável, afirmando que o acesso vascular é a vida dos doentes com DRCT e que tudo o que for feito para a garantir é pertinente. Se o pudermos fazer assegurando o conhecimento e a metodologia indicada, melhoramos a viabilidade do sucesso dos cuidados de enfermagem no que diz respeito à manutenção do acesso vascular de HD.

Segundo Allsopp (2011), os enfermeiros de emergência devem ser capazes de compreender a necessidade e importância da diálise para os doentes com DRCT, assim como a proteção e identificação dos locais do acesso vascular para HD. Para McCann (2008), os cuidados de manutenção / preservação do acesso vascular de HD, envolve a preservação do património vascular, a avaliação da rede vascular antes da construção do acesso vascular e todos os cuidados de enfermagem para a manutenção do acesso vascular.

Os enfermeiros peritos referiram que a partir do momento em que o doente é sinalizado através da aplicabilidade do fluxograma¹⁴, é possível evitarem-se erros como a avaliação de tensão arterial ou punção venosa do membro do acesso vascular, ou até mesmo a precaução com os posicionamentos, isto é, evitar que os doentes estejam posicionados muito tempo para o lado do membro do acesso vascular uma vez que poderá comprometer-se esse acesso.

O exame físico ao acesso vascular é classificado pelos peritos como muito importante, pois estes afirmaram que a observação e palpação podem e devem ser feitas no SU. No que diz respeito à auscultação, muitos referiram que pode ser importante, contudo para a executar é necessário treinamento e formação. Os peritos referiram o que deve ser feito / avaliado na observação e palpação e todos realçaram a importância do exame físico na longevidade do acesso vascular, pois consideram que é através do exame físico que se podem detetar complicações e quanto mais atempadamente o fizermos, maior será a probabilidade de aumentar a sobrevivência do acesso.

Segundo Allen (2014), a excelência dos acessos vasculares para HD continua a ser um objetivo para os doentes. Seguindo esta linha de raciocínio, o papel do enfermeiro relativamente ao acesso vascular é complexo e indispensável. O principal objetivo do exame físico é detetar problemas / complicações do acesso vascular o mais precocemente

¹⁴ Apêndice IX – Fluxograma de atuação aquando entrada de um doente renal crónico no SU

possível de forma a permitir uma intervenção cirúrgica ou radiológica o mais atempada possível.

Deaver (2010) afirma que a realização do exame físico pode contribuir para a diminuição do risco de infeção do acesso vascular, contribuindo assim para a sua manutenção e preservação.

Uma outra atividade desenvolvida foi uma ação de formação aos enfermeiros do SU¹⁵ onde foram abordadas questões teóricas dos acessos vasculares, o exame físico, possíveis complicações e o que fazer perante as mesmas. Esta ação de formação foi estruturada com base nas temáticas resultantes da análise de conteúdo às entrevistas aos enfermeiros peritos em nefrologia e na RSL.

Uma das dificuldades mais enumeradas no questionário feito aos enfermeiros do SU foi os cuidados de enfermagem para a manutenção do CVC de HD, nomeadamente dificuldades ao nível da realização do penso e administração de terapêutica.

Quanto à realização do penso do CVC de HD, os enfermeiros peritos referiram que este deve ser feito apenas nas sessões de diálise, exceto se este não se encontrar íntegro ou limpo. Todavia realçaram a importância da técnica asséptica aquando o manuseamento do CVC para HD, uma vez que a principal complicação do CVC de HD é a infeção.

O CVC é considerado o último recurso entre os acessos vasculares, associado ao elevado risco de infeção e morte relacionado com a infeção, aumento do número de episódios de internamento e consequentemente aumento dos custos económicos (McCann et al, 2010). Desta forma os enfermeiros têm um papel importante na prevenção da infeção do CVC, através do estabelecimento e implementação de políticas baseadas na melhor evidência científica (McCann et al, 2010) (Hill et al, 2013). Cobo Sánchez et al (2012) refere que são indispensáveis protocolos de enfermagem que possam garantir a monitorização sistemática de todos os aspetos relacionados com o CVC de HD, para a identificação precoce de possíveis complicações do acesso vascular central.

Outra questão que se colocou foi a que o doente com DRCT em HD pode necessitar de cuidados de enfermagem com carácter emergente, sendo o SU o local apropriado para esse efeito. Depois de escutar com atenção relatos de enfermeiros sobre este tema e, considerando apenas os doentes portadores de CVC tunelizado como acesso vascular para HD, coloca-se a questão: *É possível utilizar o cateter como acesso venoso para situações emergentes?*. Através da partilha desta questão com peritos na área e da reflexão

¹⁵ Apêndice X – Ação de Formação aos Enfermeiros do SU

fundamentada sobre a prática como método de análise de situações complexas, chegou-se à conclusão que a finalidade do cateter é exclusivamente o tratamento com HD, sendo qualquer outra utilização fora deste contexto desaconselhada. Porém, numa situação emergente, onde a prioridade é a vida do doente, é possível utilizar o CVC para HD como acesso venoso para administrar terapêutica. Todavia, os enfermeiros peritos referem que caso seja utilizado há medidas que têm que ser tidas em conta de forma a salvaguardar o acesso vascular central de HD. Assim sendo, foi feito um póster¹⁶ onde estão contempladas as etapas a seguir caso se decida utilizar o CVC de HD como acesso venoso em situações de emergência.

Em suma, a profissão de enfermagem deverá procurar a excelência do exercício profissional, prevenindo as complicações para a saúde das pessoas. Para tal é necessário interferir, minimizando os riscos para a pessoa, detetando precocemente problemas potenciais e resolvendo e minimizando problemas reais.

¹⁶ Apêndice XI – Póster – Cateter Venoso Central de Hemodiálise no Serviço de Urgência

5. QUESTÕES EMERGENTES

A enfermagem é uma profissão onde se procura proporcionar mais e melhores cuidados de saúde a toda a população, em todas as áreas da sua atuação. Como enfermeiros, devemos ser exigentes connosco próprios e procurar soluções quando estas não existem. É importante que o enfermeiro invista constantemente na sua formação pessoal e profissional e que coloque em prática o que aprendeu de novo na sua vida profissional para prestar cuidados com progressivamente maior qualidade.

“Os enfermeiros constituem, atualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de enfermagem.” (Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril). *“O enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas; (...)”* (OE, 2003, p.99). Partindo desta premissa, podemos assumir que a problemática deste projeto está claramente associada a necessidades de intervenção por parte da equipa de enfermagem. Esta intervenção poderá ser determinante na compreensão da problemática e diminuição das suas complicações, através da construção de conhecimento científico, de forma a traduzir respostas positivas no seio do seu âmbito: o Cuidar da Pessoa e Família.

A partir dos resultados obtidos, reforço e projeto esta área de formação no SU, *cuidados de enfermagem para a manutenção dos acessos vasculares de HD*, como uma temática a aprofundar, face às implicações que desta advém. Realço ainda a importância do enfermeiro especialista nesta área específica de intervenção nefrológica, para prevenir e diagnosticar precocemente complicações, minimizando os riscos das pessoas portadoras de acesso vascular, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida das mesmas, bem como para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, promovendo a excelência dos cuidados, inerentes ao código deontológico dos enfermeiros.

6. CONCLUSÃO

A manutenção / preservação e excelência dos acessos vasculares para a HD é um dos maiores desafios que se coloca à equipa de enfermagem. Em virtude da natureza dos seus cuidados, os enfermeiros são os profissionais de saúde, que contactam diretamente com o acesso vascular de HD. Desta forma, é essencial que estes profissionais desenvolvam competências para avaliar, diagnosticar e resolver todas as alterações que possam ocorrer com o acesso vascular de HD.

É necessária uma aposta forte em políticas de saúde. As instituições de saúde e os serviços das instituições de saúde também devem promover planos de formação de forma a sistematizarem e facultarem informações aos enfermeiros, fazendo com que estes desenvolvam as capacidades necessárias para a assistência adequada à pessoa com acesso vascular de HD.

Com vista a esta qualidade dos cuidados, este relatório demonstra a evolução desta temática, no domínio da investigação, tornando-se imperativo aprofundar conhecimentos e realizar estudos de investigação no âmbito da enfermagem, para produzir conhecimento científico de forma a basear a prática clínica em sólidos padrões de conhecimento científico.

Mobilizar conhecimentos, refletir acerca das experiências vividas e agregar o passado, o presente e o futuro, tornaram-se premissas fundamentais na construção deste relatório e no planeamento de projetos futuros, contribuindo para a consecução dos objetivos inicialmente definidos.

Através do caminho percorrido sinto-me mais próximo do que se pretende que seja um enfermeiro perito na área do cuidado de enfermagem à pessoa com DRC. Segundo Benner (2001, p.58), o enfermeiro perito “(...) *tem uma enorme experiência, compreende, agora de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis*”. Promover o bem-estar, o conforto e a qualidade de vida da pessoa com acesso vascular de HD, são assim princípios guia na minha prestação de cuidados enquanto futuro enfermeiro especialista, mediante a identificação, prescrição, implementação e avaliação de intervenções, que contribuam para evitar problemas ou minimizar potenciais efeitos indesejáveis (OE, 2010).

Considero ter atingido os objetivos de mestrado, no qual realizei um forte investimento pessoal e profissional, de forma a basear a minha práxis em elevados padrões de evidência científica e em modelos de trabalho adequados. Desenvolvi competências comuns de

enfermeiro especialista nos quatro domínios definidos pela OE, ao nível das aprendizagens profissionais, da gestão dos cuidados, melhoria contínua da qualidade dos cuidados e da responsabilidade profissional, ética e legal.

Este percurso foi avaliado como muito positivo pelos enfermeiros orientadores dos locais de estágio¹⁷, aspeto que me deixou sensibilizado e orgulhoso, pelo reconhecimento do desenvolvimento das minhas competências.

A prestação de cuidados com aplicação de técnicas de excelência é imprescindível. Deste modo, os cuidados a acessos vasculares no SU não podem ser descurados, pois deles depende a vida/qualidade de vida dos doentes. Assim sendo, considero que todo o esforço e dedicação aplicados neste trabalho tornaram a implementação deste projeto viável, tendo sido os objetivos delineados cumpridos através do desenvolvimento das atividades no tempo e nos locais previstos. Com o término deste projeto e deste estágio, não se encerram portas, mas sim, perspectivam-se novos desenvolvimentos na temática e continuidade do trabalho, até então realizado.

¹⁷ Anexo IV – Avaliação Sumativa do Estágio

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2003). *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: que parcerias para a excelência em saúde*. Coimbra: Formasau;
- Alarcão, I. (2001). Formação reflexiva. *Revista Referência*, Nº 6 (Maio, 1), pp. 53-59;
- Allen, L. (2014). Temporary lines versus permanente access for haemodialysis patients. *Journal of Renal Nursing*, Vol. 6 (4), pp. 169-173;
- Allon, M., & Robbin, M. (2002). Increasing arteriovenous fistulas in hemodialysis patients: problems and solutions. *Kidney International*, 62, pp. 1109-1124;
- Allsopp, K. (2011). Caring for Patients with Kidney Failure. *Emergency Nurse* 18 (10), pp. 12-16;
- Atkinson, B. (1990) O enfermeiro clínico especialista nos cuidados intensivos. *Revista Nursing*. Ano 3, nº 30, agosto, pp. 28-31;
- Axelsson, L., Randers, I., Jacobson, S. H., & Klang, B. (2012). Living with haemodialysis when nearing end of life. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26 (1), pp. 45-52. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2011.00902.x;
- Ball, L.K. (2013). Fatal vascular access hemorrhage: Reducing the odds. *Nephrology Nursing Journal*, Vol. 40 (4), pp. 297-303;
- Barbier, J. (1993). *Elaboração de Projetos de Accão e Planificação*. Porto: Porto Editora;
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. (4ª Edição). Lisboa: Edições 70;
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora;
- Bevan, M. T. (1998). Nursing in the dialysis unit: technological enframing and declining art, or an imperative for caring. *Journal of Advanced Nursing*, 27 (4), pp. 730-736;
- Billington, E., Simpson, J., Unwin, J., Bray, D., & Giles, D. (2008). Does hope predict adjustment to end-stage renal failure and consequent dialysis?. *British Journal Of Health Psychology*, 13 (Pt 4), pp. 683-699;

- Carvalho, T. F., Ponce, P., Jorge, G. L., Videira, L., Santos, A. & Morais, J. A. (2011). Acessos Vasculares. In Fresenius Medical Care (Org.). *Manual de Hemodiálise para Enfermeiros* (pp.121-149). Lisboa: Almedina;
- Centro Hospitalar X (2011a). *Manual de Iniciação / Integração de Novos Funcionários*. Centro Hospitalar X – Serviço de Nefrologia;
- Centro Hospitalar X (2011b). *Regulamento da Unidade de Cuidados Intensivos*. Centro Hospitalar X – Unidade de Cuidados Intensivos;
- Centro Hospitalar X (2011c). *Plano de Acção*. Centro Hospitalar X – Serviço de Urgência;
- Chalmers, C. A. (2002). Anatomia e fisiologia aplicadas e o processo da doença renal. In N. Thomas (Ed.). *Enfermagem em Nefrologia* (pp. 29-78). Loures: Lusociência;
- Chandra, A., Mix, D. & Varble, N. (2013). Hemodynamic study of arteriovenous fistulas for hemodialysis access. *Vascular*, Vol. 21 (1), pp. 54-62. DOI: 10.1258/vasc.2011.201204;
- Cobo Sánchez J.L., Gándara Revuelta M., Cuadrado Mantecón M.E., Sainz Alonso R.A. & Sánchez Cano M.S. (2012). Infectious spondylodiscitis in patients with central venous catheters for haemodialysis: a retrospective study. *Journal of Renal Care*, 38 (3), pp. 147-150;
- Collière, M. (1999). *Promover a Vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Lidel;
- Collière, M. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida*. (2ª Edição). Lisboa: Lusociência;
- Craig, J. V. & Smyth, R. L. (2012). *The Evidencie-Based Practice Manual for Nurses*. (3ª Edição). Elsevier: China
- Cristovão, A. F. A. (1998). *Stress, Coping e Qualidade de Vida em Doentes com Insuficiência Renal Crónica Terminal em Hemodiálise*. Universidade Católica Portuguesa. Dissertação de Mestrado. Lisboa;
- Cruz, D. & Pimenta, C. (2005). Prática baseada em evidências: aplicada ao raciocínio diagnóstico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Vol. 13 (3), pp. 415-422;
- Deaver, K. (2010). Preventing infections in hemodialysis fistula and graft vascular accesses. *Nephrology Nursing Journal*, 37 (5), pp. 503-506;

- Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril (1998). Criação da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República I Série – A, N.º 93 (21-4-1998) pp. 1739-1757;
- DGS (2001). *Direção de Serviços de Planeamento. Rede hospitalar de urgência/emergência*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde;
- DGS (2012). *Norma da Direção-Geral de Saúde: Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde;
- Donato-Moore, S. (2013). Self-Cannulation for Home Hemodialysis: Strategies for Success. *Nephrology Nursing Journal: Journal of the American Nephrology Nurses' Association*, 40 (1), pp. 37-40;
- Ferrito, C., Nunes, L. & Ruivo, M. A. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, N.º 15, Jan-Mar;
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realidade*. Lisboa: Lusodidacta;
- Fortin, M-F., Côté, J. & Filion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta;
- Frada, J. (1999). *Guia prático para a elaboração e apresentação de trabalhos científicos*. Lisboa: Edições Cosmos;
- Francisco, J. J. M., Cuenca, F. D. R., Azaña, S. C., Torres, J. C., López, M. J. J., Castillo, J. A. G. & Duarte, J. L. F. (2012). Impact of incident comorbidity on functional loss in elderly chronic kidney disease patients undergoing hemodialysis. *Canadian Association of Nephrology Nurses and Technologists*, Vol. 22, pp. 25-29;
- Galvão, C., Sawada, N. & Rossi, L. (2004). Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática de Enfermagem. *Revista Latino-Americana em Enfermagem*. Maio – Junho, 12 (3), 549-46;
- Guedes, K. (2012). Qualidade de vida do paciente portador de insuficiência renal crónica. *Revista Ciência e Saúde*, Vol.5 (1), pp. 48-53;
- Harwood, L., Wilson, B., Sontrop, J. & Clark, A. (2012). Chronic kidney disease stressors influence choice of dialysis modality. *Journal Of Advanced Nursing*, 68 (11), pp. 2454-2465. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2012.05943.x;

- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem Pensamento e Acção na Prespectiva do Cuidar*. Loures: Lusociência;
- Hesbeen, W. (2004). *Cuidar neste mundo*. Loures: Lusociência;
- Hill, K. E., Barbara, J., Thorburn, L. & Torpey, K. (2013). The long-term use of a tunnelled central venous catheter for haemodialysis. *Renal Society of Australasia Journal*, Vol. 9 (3), pp. 126-128;
- Kasumoto, L., Marques, S., Haas, V. & Rodrigues, R. (2008). Adultos e idosos em hemodialise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. *Acta Paulista Enfermagem*, 21, pp. 152-159;
- Kazemi, M., Nasrabadi, A., Hasanpour, M., Hassankhani, H. & Mills, J. (2011). Experience of Iranian persons receiving hemodialysis: a descriptive, exploratory study. *Nursing & Health Sciences*, 13 (1), pp. 88-93. DOI: 10.1111/j.1442-2018.2011.00586.x;
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. & Major, F (2002). *El pensamiento enfermo*. Barcelona: Masson;
- Klinkmann, H., Ivanovich, P. & Falkenhagen, D. (1993). Biocompatibility: the need for a systems approach. *Nephrol Dial Transplant*, 8 (2), pp. 40-42;
- Leite, E., Malpique, M. Santos, M. (2001) – *Trabalho de Projecto: aprender por projectos centrados em problemas*. 4ª Edição. Porto: Edições Afrontamento.
- Longo, J. (2005). *Supervisão clínica em enfermagem: Contributo para o Estudo das Necessidades de Formação dos Supervisores de Ensino Clínico*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Dissertação de Mestrado;
- Marchão, C., Cachado, A. S., Matias, T., Sousa, T. & Pimenta, S. (2011). Insuficiência Renal Crónica Terminal – Manifestações Clínicas e Opções Terapêuticas. In Fresenius Medical Care (Org.). *Manuel de Hemodiálise para Enfermeiros* (pp.49-78). Lisboa: Almedina;
- Martins, M. I. & Cesarino, C. B. (2005). Qualidade de vida de pessoas com doença renal crónica em tratamento hemodialítico. *Rev Latino-am Enfermagem*, 13 (5), pp. 670-676;

- McCann M., Einarsdottir H., Van Waeleghem J.P., Murphy F. & Sedgewick J. (2010). Vascular access management III: Central venous catheters. *Journal of Renal Care* 36 (1), pp. 25-33;
- McCann, M., Einarsdóttir, H., Van Waeleghem, J. P., Murphy, F. & Sedgewick J. (2008). Vascular access management 1: an overview. *Journal of Renal Care* 34 (2), pp.77-84;
- McDaniel, S. H., Hepworth, J. & Doherty, W. D. (1994). Os desafios da doença crónica. In J. Hepworth, *Terapia familiar médica: um enfoque biopsicossocial às famílias com problemas de saúde* (pp. 179-223). Porto Alegre: Artes médicas;
- Minayo, M. C. S. & Coimbra Jr., C. E. A. (2002). *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz;
- National Kidney Foundation (2002). *K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease*. Nova Iorque: National Kidney Foundation;
- National Kidney Foundation (2006). *K/DOQI Clinical Practice Guidelines and Clinical Practice Recommendations for 2006 Updates: Hemodialysis Adequacy, Peritoneal Dialysis Adequacy and Vascular Access*. Nova Iorque: National Kidney Foundation;
- Nazly, A., Ahmad, M., Musil, C. & Nabolsi, M. (2013). Hemodialysis Stressors and Coping Strategies Among Jordanian Patients On Hemodialysis: A Qualitative Study. *Nephrology Nursing Journal*, Vol. 40 (4), pp. 321-327;
- OE (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- OE (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- OE (2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- OE (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- OE (2012). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- OMS (2002). *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action*. Geneva: World Health Organization;

- OMS (2008). *Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. Geneva: World Health Organization;
- OMS (2010). *Global status report on noncommunicable diseases*. Geneva: World Health Organization;
- OMS (2012). *Definition of an older or elderly person*. Geneva: World Health Organization;
- Orem, D. E. (1995). *Nursing concepts of practice*. (5ª Edição.). New York: Mosby;
- Polit, D. F., Beck, C. T. & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização*. (5ª Edição). São Paulo: Artmed;
- Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada;
- Richard, C. & Engebretson, J. (2010). Negotiating living with an arteriovenous fistula for hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal: Journal of the American Nephrology Nurses' Association*, 37 (4), pp. 363-374;
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A. & McCormack, B. (2003). What counts as evidence in evidence-based practice?. *Journal of Advanced Nursing*, 47 (1), pp. 81-90;
- Silva, A. P. (2007). *Enfermagem Avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina*. *Servir*, 55 (1-2). pp. 11-20;
- Sousa, C. N. (2009). *Cuidar da Pessoa com Fístula Arteriovenosa: Dos Pressupostos Teóricos aos Contextos das Práticas*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado. Porto;
- Sousa, C. N. (2012). Cuidar da Pessoa com Fístula Arteriovenosa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30 (1), pp. 11-17;
- Sousa, J. (2005). A doença crónica e o desafio da comorbilidade. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 21, pp. 533-534;
- SPN (2014). *Relatório Anual 2013*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Nefrologia;
- Thomas, N (2002). Hemodiálise. In N. Thomas (Ed.). *Enfermagem em Nefrologia* (pp. 185-224). Loures: Lusociência;

Torreggiani, M. et al. (2013). Hemodialysis Vascular Access: everything you always wanted to know about it (but were afraid to ask). *JNephrol*, 26 (5), pp. 836-847. DOI: 10.5301/jn.5000209;

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

APÊNDICES

Apêndice I

Objetivos de Estágio

Objetivo Geral: *Contribuir como enfermeiro especialista para a melhoria da prática de cuidados à pessoa com acesso vascular de hemodiálise no serviço de urgência.*

Objetivo Específico	Atividade/Estratégia	Recursos		Indicadores de Avaliação	Local de Estágio
		Humanos	Materiais		
<i>Aprofundar conhecimentos na área da DRCT e acessos vasculares de HD</i>	. Revisão sistemática da literatura; . Observação do funcionamento do Serviço de Nefrologia e atuação dos profissionais peritos em HD e acessos vasculares (médicos e enfermeiros).	. Docente . Discente . Enf.º Orientador . Equipe Multidisciplinar do Serviço de Nefrologia	. Bases de dados Internacionais . Bibliografia de Referência	Relatório Final	Serviço de Nefrologia e UCI
<i>Desenvolver competências como enfermeiro especialista na abordagem à pessoa com DRC e família</i>	. Revisão sistemática da literatura; . Identificar as práticas e técnicas de cuidados adotadas pela equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar nos respetivos campos de estágio (Serviço de Nefrologia e UCI).	. Docente . Discente . Enf.º Orientador . Equipe de Enfermagem do Serviço de Nefrologia e UCI	. Bases de dados Internacionais . Bibliografia de Referência	Relatório Final	

Objetivo Geral: *Promover comportamentos de acordo com a melhor evidência científica na prática de cuidados, junto da equipa de enfermagem do serviço de urgência, no que respeita à manutenção de acessos vasculares de hemodiálise.*

Objetivo Específico	Atividade	Recursos		Indicadores de Avaliação	Local de Estágio
		Humanos	Materiais		
Identificar quais as temáticas que os enfermeiros peritos em HD e acessos vasculares consideram importantes englobar no plano de formação dos enfermeiros do SU	<ul style="list-style-type: none"> . Realização de uma entrevista aos enfermeiros peritos em HD e acessos vasculares; . Conhecer quais as áreas que os enfermeiros peritos em HD e acessos vasculares consideram ser pertinente englobar no plano de formação do serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> . Docente . Discente . Enf.º Orientador . Enf.ºs Peritos em Nefrologia 	<ul style="list-style-type: none"> . Bases de dados Internacionais . Bibliografia de Referência 	Relatório Final	Serviço de Urgência
Capacitar a equipa de enfermagem do SU para uma prática de cuidados de enfermagem mais consciente e orientada, no que respeita à manutenção de acessos vasculares de HD	<ul style="list-style-type: none"> . Reunião com a Sr.ª Enf.ª Chefe do SU; . Ação formativa, com a temática <i>Cuidados de Enfermagem para a Manutenção dos Acessos Vasculares de HD no SU</i>, estruturada com base nas temáticas resultantes da análise de conteúdo às entrevistas aos enfermeiros peritos; . Elaboração de um documento com linhas orientadoras relativas aos cuidados de enfermagem aos cateteres venosos centrais para HD e execução de penso, com o objetivo de uniformizar os cuidados de enfermagem e minimizar os riscos de infeção; . Elaboração de um fluxograma de atuação aquando a entrada de um doente com fistula ou prótese vascular no SU; . Elaboração de um fluxograma de atuação para a utilização do CVC de HD como acesso vascular no SU. 	<ul style="list-style-type: none"> . Docente . Discente . Enf.º Orientador . Enf.ºs do SU 	<ul style="list-style-type: none"> . Bases de dados Internacionais . Bibliografia de Referência . Data-Show 	Folha de Avaliação da Formação Relatório Final	

Apêndice II

Cronograma

CRONOGRAMA

Atividades/Estratégias	2014								2015	
	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Out	Nov	Dez	Jan	Fev
Pesquisa Bibliográfica										
Reunião Tutorial										
Diagnóstico de Situação										
Entrega do Projeto de Estágio										
Apresentação do Projeto										
Estágio no Serviço de Nefrologia (29 de setembro a 7 de dezembro de 2014)										
• Realização das entrevistas aos enfermeiros peritos em HD e acessos vasculares de HD e tratamento de dados										
• Desenvolver competências como enfermeiro especialista na abordagem à pessoa com DRC e família										
Estágio na Unidade de Cuidados Intensivos (8 de dezembro a 21 de dezembro de 2014)										
Estágio no Serviço de Urgência (5 de janeiro a 22 de fevereiro de 2015)										
• Ação Formativa aos enfermeiros do SU – “Cuidados de Enfermagem para a Manutenção dos Acessos Vasculares de Hemodiálise no Serviço de Urgência”										
• Avaliação da Ação Formativa										
• Elaboração de um documento com linhas orientadoras relativas aos Cuidados de Enfermagem aos Cateteres Venosos Centrais de HD, Fístulas e Próteses. Elaboração de um fluxograma de atuação para a utilização do CVC de HD como acesso vascular no SU e um fluxograma de atuação aquando a entrada de um doente no SU com FAV ou Prótese Vascular										
Redigir Relatório Final										

 Momentos de Atividade

Apêndice III

Revisão Sistemática da Literatura

REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

A RSL consiste numa síntese rigorosa de todas as pesquisas; é usada como fonte de evidência, de forma a responder a uma pergunta específica, utilizando uma metodologia claramente explícita de forma a identificar, selecionar e avaliar criteriosamente os estudos (Galvão et al citando Ciliska, 2004). “*A revisão sistemática é um recurso importante da prática baseada em evidências (...)*” (Galvão et al, 2004, p.549). Esse recurso envolve a aplicação de estratégias científicas com o objetivo de limitar vieses, sintetizar um amplo corpo de conhecimentos, permitindo assim explicar as diferenças entre estudos com a mesma problemática clínica; além disso, promove a atualização dos profissionais de saúde (Galvão et al citando Cook et al, 2004). A RSL é a atividade que nos permitirá “*conhecer o estado dos conhecimentos*” (Fortin, Côté & Fillion, 2009, p.110).

Na fase de construção do protocolo desta RSL, efetuou-se uma revisão narrativa da literatura cuja importância foi determinante na construção deste trabalho, permitindo clarificar conceitos e consolidar conhecimentos, alargando a perspectiva do tema em estudo.

Como ponto de partida para a RSL formulou-se a pergunta de investigação em formato PICO: ***Quais os cuidados de enfermagem necessários para a manutenção dos acessos vasculares de hemodiálise no doente renal crónico no serviço de urgência?***

Critérios para a formulação da questão de investigação

P	Participantes Quem foi estudado?	Doente Renal Crónico com Acesso Vascular de Hemodiálise	PALAVRAS-CHAVE 1. Doente Renal Crónico ou Doença Renal Crónica ou Doença Renal Terminal 2. Acesso Vascular ou Fístula Arteriovenosa ou Acesso de Diálise 3. Enfermagem ou Cuidados de Enfermagem 4. Hemodiálise
I	Fenómeno de interesse O que foi estudado?	Cuidados de Enfermagem para a Manutenção dos Acessos Vasculares de Hemodiálise	
Co	Contexto	Unidade Hospitalar – Serviço de Urgência	

O principal objetivo desta RSL é encontrar a melhor evidência científica, relativamente ao papel e importância do enfermeiro na manutenção do acesso vascular de HD no SU.

Assim sendo, pretende-se com a elaboração desta RSL, identificar e compreender quais os cuidados de enfermagem para uma adequada manutenção do acesso vascular no serviço de urgência, bem como a importância da equipa de enfermagem neste processo; de forma a promover comportamentos de acordo com a melhor evidência científica na prática de cuidados, junto da equipa de enfermagem do serviço de urgência, no que respeita à manutenção de acessos vasculares de HD.

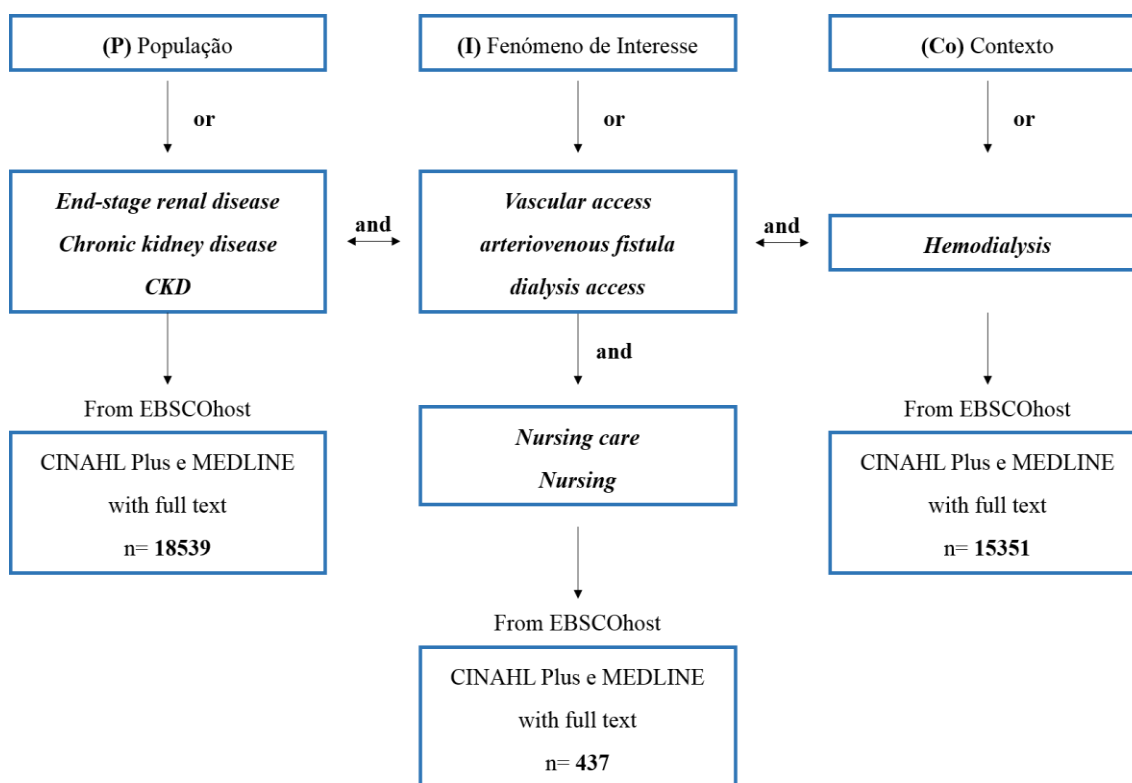
De acordo com o que foi explicitado, e tendo em conta as competências a desenvolver como enfermeiro especialista, nomeadamente na área de investigação, será apresentado um exemplo da aplicação desta metodologia para a pesquisa realizada. Neste exemplo será apresentado: a pergunta de investigação formulada; os objetivos desta pesquisa; os descritores de pesquisa; os critérios para a inclusão de estudos/artigos. A apresentação e discussão dos resultados encontrados será apresentada no capítulo referente à implementação do projeto no SU.

Para conhecer a literatura científica sobre esta problemática realizaram-se pesquisas em janeiro de 2015, na base de dados eletrónica: EBSCO: *CINAHL Plus with Full Text*; *MEDLINE with Full Text*. Foram consultadas tendo em conta todos os artigos publicados, tendo por base as palavras-chaves¹⁸:

- *S1 - End-stage renal disease OR chronic kidney disease OR CKD;*
- *S2 - Vascular access OR arteriovenous fistula OR dialysis access;*
- *S3 - Nursing care OR Nursing;*
- *S4 - Hemodialysis.*

Tendo como referência a pergunta de investigação em formato PICO, na figura seguinte, apresentam-se os descritores da pesquisa e a orientação utilizada.

¹⁸ Conceitos verificados na base internacional MeSH Browser: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>



Descritores de Pesquisa da RSL

Os descritores foram procurados em *full text*, entre janeiro de 2008 e janeiro de 2015, resultando um total de 70 artigos, como se verifica no seguinte.

Resultados da pesquisa nas bases de dados

Pesquisa	Bases de Dados	Palavras-Chave	Tempo	Resultados
P1	CINAHL Plus Full text MedLine Full text	S1 and S2 and S3 and S4	2008-2015	14
P2	CINAHL Plus Full text MedLine Full text	S2 and S3 and S4	2008-2015	56

Importa referir que a opção pela pesquisa 2 (P2), isto é, a pesquisa realizada sem a palavra-chave **S1** (*End-stage renal disease or chronic kidney disease or CKD*), foi a solução encontrada para a inclusão de mais artigos, de forma a dar resposta à pergunta de investigação. Considerando que os artigos referentes à pesquisa com a palavra-chave **S2**

são referentes à população alvo, torna-se válida a pesquisa realizada sem palavra-chave **SI**.

Após a aplicação dos critérios de inclusão, foram selecionados para análise 8 artigos. Como critérios de inclusão foram privilegiados os artigos com foco na problemática em estudo, com recurso a uma metodologia quantitativa e/ou qualitativa ou revisões sistemáticas da literatura e, apenas incluídos os artigos analisados por especialistas conforme indicação do motor de busca. Como critérios de exclusão assumiu-se tudo o que não esteja previsto nos critérios de inclusão.

Critérios de Inclusão

Crítérios de Seleção	Crítérios de Inclusão
Participantes	<ul style="list-style-type: none">• Estudos que incluam o doente renal crónico com acesso vascular em programa regular de hemodiálise, em regime hospitalar.
Fenómeno de Interesse	<ul style="list-style-type: none">• Estudos que descrevam os cuidados de enfermagem para a manutenção dos acessos vasculares de hemodiálise.• Estudos que descrevam complicações possíveis de um acesso vascular de hemodiálise e quais as intervenções de enfermagem.
Desenho	<ul style="list-style-type: none">• Estudo de abordagem qualitativa, quantitativa ou revisões sistemáticas da literatura.• Publicação indexada em língua inglesa publicados entre 2008 a 2015.• Artigos disponíveis em texto integral nas bases de dados consultadas.• Artigos analisados por especialistas.

Para tornar perceptível a metodologia utilizada apresenta-se de seguida um quadro com a listagem dos 8 artigos, estruturada de forma cronológica, com os resultados que constituíram a essência para a elaboração das respetivas conclusões. Para avaliar os níveis de evidência foram utilizados os cinco níveis segundo Cruz & Pimenta¹⁹ (2005). Os resultados da RSL foram utilizados na discussão dos resultados do projeto em que se insere a RSL, de forma a sustentar e apoiar a opinião dos enfermeiros peritos que participaram neste estudo de investigação.

¹⁹ **Nível I** - Evidência forte a partir de pelo menos uma revisão sistemática de ensaios clínicos, randomizados, bem delineados; **Nível II** – Evidência forte de pelo menos um ensaio clínico controlado, randomizado, bem delineado; **Nível III** – Evidência a partir de um ensaio clínico bem delineado, sem randomização, de estudos de apenas um grupo do tipo antes e depois, de corte, de séries temporais, ou de estudos caso-controle; **Nível IV** – Evidência a partir de estudos não experimentais por mais de um centro ou grupo de pesquisa; **Nível V** – Opiniões de autoridades respeitadas, baseadas em evidência clínica, estudos descritivos ou relatórios de comités de especialistas. (Cruz & Pimenta, 2005)

Resultados dos Artigos da RSL

Cod. Artigo	Identificação do Artigo	Palavras- chave	Objetivos do Estudo	Nível de Evidência	Principais Resultados
A1	<p>Autor – Allen, L.</p> <p>Título – <i>Temporary lines versus permanent access for haemodialysis patients</i></p> <p>Fonte (Editor e local) – Journal of Renal Nursing</p> <p>Ano da publicação – 2014</p>	<ul style="list-style-type: none"> • vascular access • haemodialysis • catheter-related complications • arteriovenous fistulae • arteriovenous grafts 	<ul style="list-style-type: none"> • Refletir sobre o papel do enfermeiro na tomada de decisão na prestação de cuidados na área da nefrologia. 	V	<ul style="list-style-type: none"> • A excelência dos acessos vasculares continua a ser um objetivo para os doentes com DRCT em HD. Seguindo esta linha de raciocínio o papel do enfermeiro, relativamente ao acesso vascular, é complexo e indispensável. A equipa de enfermagem tem a responsabilidade não só de apoiar a opção e educação do doente no que respeita à escolha do melhor acesso vascular, como também deve ser responsável pela sua manutenção e vigilância. • Os problemas / complicações do acesso vascular devem ser detetados o mais precocemente de forma a permitir uma atempada intervenção cirúrgica ou radiológica.
A2	<p>Autor – Hill, K. E., Barbara, J., Thorburn, L. & Torpey, K.</p> <p>Título – <i>The long-term use of a tunneled central venous catheter for haemodialysis</i></p> <p>Fonte (Editor e local) – Renal Society of Australasia Journal</p> <p>Ano da publicação – 2013</p>	<ul style="list-style-type: none"> • haemodialysis • central venous cateter • vascular access 	<ul style="list-style-type: none"> • Este artigo apresenta o estudo de caso de um doente submetido a HD através de um CVC para HD tunelizado, sem um único episódio de infeção em 3 anos de utilização. • Realçar a importância de um manuseamento adequado do CVC de HD através da adoção de estratégias rígidas e adequadas por parte da equipa de enfermagem. 	V	<ul style="list-style-type: none"> • A utilização de um CVC tunelizado para HD não é a primeira opção para realização do TSR, por muitas razões, a mais significativa é o risco de bacteriemia. Todavia nem sempre é possível a construção de acesso arteriovenoso, sendo necessário aceitar este facto e, adotar uma abordagem individualizada ao CVC para HD, através de políticas rígidas relativas ao seu manuseamento, exigindo formação por parte da equipa multidisciplinar, de forma a contribuir para a longevidade do acesso vascular.

A3	<p>Autor – Ball, L. K.</p> <p>Título – <i>Fatal Vascular Access Hemorrhage: Reducing the Odds</i></p> <p>Fonte (Editor e local) – Nephrology Nursing Journal</p> <p>Ano da publicação – 2013</p>	<ul style="list-style-type: none"> fatal vascular access hemorrhage dialysis access hemorrhage vascular access rupture 	<ul style="list-style-type: none"> Reconhecer quais os acessos vasculares de HD em risco de hemorragia e quais as estratégias a implementar. 	V	<ul style="list-style-type: none"> A hemorragia não é uma complicação frequente na FAV e prótese vascular, mas a ocorrer pode ser fatal para o doente. O enfermeiro é responsável pela vigilância do acesso vascular de HD, devendo ser capaz de reconhecer acessos vasculares em risco de hemorragia, bem como implementar estratégias para uma intervenção atempada, em caso de hemorragia, com o objetivo de evitar danos maiores para o doente portador do acesso vascular. Intervenções de enfermagem em caso de hemorragia: compressão direta nos locais de punção (zona de rutura/ hemorragia) pelo menos durante dez minutos; elevação do membro. Não colocar ligadura de forma a fazer um penso compressivo, pois piora o prognóstico e agrava a hemorragia.
A4	<p>Autor – Sánchez, J. L. C., Revuelta, M. G., Mantecón, M. E. C., Alonso, R. A. S. & Cano, M. S. S.</p> <p>Título – <i>Infectious spondylodiscitis in patients with central venous catheters for haemodialysis: a retrospective study</i></p> <p>Fonte (Editor e local) – Journal of Renal Care</p> <p>Ano da publicação – 2012</p>	<ul style="list-style-type: none"> cateter-related infections nursing care spondylodiscitis 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar a prevalência de espondilodiscite infecciosa associada a CVC de HD. A pesquisa foi descritiva e retrospectiva. 	V	<ul style="list-style-type: none"> O estudo demonstrou que embora a espondilodiscite infecciosa seja rara, é uma complicação grave no doente em HD com CVC como acesso vascular. Com este estudo foram identificados como factores de risco para o desenvolvimento da espondilodiscite infecciosa: a idade avançada, diabetes e sexo feminino. O aparecimento de febre e dorsalgias em doentes com CVC deve alertar a equipa de enfermagem para a suspeita de espondilodiscite infecciosa. É essencial que a equipa de enfermagem registe diariamente qualquer sinal de infeção, de forma a ser iniciado o tratamento apropriado, a fim de evitar complicações fatais para o doente. Protocolos de enfermagem para garantir a monitorização sistemática de todos os aspetos relacionados com o CVC de HD, são indispensáveis para a identificação precoce de possíveis complicações do acesso vascular.

A5	<p>Autor – Allsopp, K.</p> <p>Título – <i>Caring for patients with kidney failure</i></p> <p>Fonte (Editor e local) – Emergency Nurse</p> <p>Ano da publicação – 2011</p>	<ul style="list-style-type: none"> • end-stage renal disease and failure • dialysis • fluid management • hyperkalaemia 	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar o conhecimento sobre as principais áreas de preocupação e gestão associados ao doente renal crónico terminal dos enfermeiros de emergência. O artigo inclui também um estudo de caso que ilustra como os enfermeiros podem colocar esse conhecimento em prática. 	V	<ul style="list-style-type: none"> • Relativamente aos acessos vasculares, o estudo conclui que os enfermeiros de emergência devem ser capazes de compreender a necessidade e importância da diálise, assim como a proteção dos locais do acesso vascular para HD.
A6	<p>Autor – Deaver, K.</p> <p>Título – <i>Preventing infectious in hemodialysis fistula and graft vascular accesses</i></p> <p>Fonte (Editor e local) – Nephrology Nursing Journal</p> <p>Ano da publicação – 2010</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer uma visão geral sobre as infeções do acesso vascular, as causas e as opções eficazes de tratamento. • Definir o papel do enfermeiro na prevenção do acesso vascular de HD. 	V	<ul style="list-style-type: none"> • A infeção do acesso vascular está diretamente relacionada com a longevidade do acesso vascular para HD e consequentemente com a qualidade de vida do doente. Os enfermeiros são desafiados a avaliar, identificar, monitorizar e prevenir infeções do acesso vascular de HD. • Os enfermeiros podem diminuir o risco de infeção através da realização do exame físico, através de formação à equipa multidisciplinar e doente sobre os cuidados ao acesso vascular. • Uma simples mudança na prática de cuidados de enfermagem pode diminuir o risco de infeção do acesso vascular, contribuindo assim para a manutenção e preservação do acesso vascular de HD.

A7	<p>Autor – McCann, M., Einarsdottir, H., Van Waelegheem, J. P., Murphy, F. & Sedgewick, J.</p> <p>Título – <i>CE: Continuing education article vascular access management III: Central venous catheters</i></p> <p>Fonte (Editor e local) – Journal of Renal Care</p> <p>Ano da publicação – 2010</p>	<ul style="list-style-type: none"> • central venous catheters • complications • haemodialysis • vascular access 	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer o conhecimento necessário com o objetivo de permitir os melhores cuidados de enfermagem nefrológica aos doentes em HD com CVC. 	V	<ul style="list-style-type: none"> • O CVC é considerado o último recurso entre os acessos vasculares, pelo elevado risco de infeção e morte relacionado com a infeção, aumento do número de episódios de internamento e consequentemente aumento dos custos económicos. • Os enfermeiros na área do doente nefrológico têm um papel importante na prevenção da infeção do CVC, através do estabelecimento e implementação de políticas baseadas na melhor evidência científica.
A8	<p>Autor – McCann, M., Einarsdottir, H., Van Waelegheem, J. P., Murphy, F. & Sedgewick, J.</p> <p>Título – <i>CE: Continuing education article vascular access management I: An overview</i></p> <p>Fonte (Editor e local) – Journal of Renal Care</p> <p>Ano da publicação – 2008</p>	<ul style="list-style-type: none"> • cannulation technique • education • haemodialysis • maturation • vascular access 	<ul style="list-style-type: none"> • Facultar uma visão ampla do acesso vascular para HD, permitindo assim melhorar os cuidados de enfermagem na manutenção do acesso vascular. 	V	<ul style="list-style-type: none"> • O acesso vascular para o TSR é considerado uma das áreas mais desafiadoras para a equipa multidisciplinar de nefrologia. • O acesso vascular de eleição é a FAV, seguido da prótese vascular e CVC. • Os enfermeiros com parte integrante na equipa multidisciplinar de nefrologia têm um papel fundamental na área da gestão do acesso vascular. • A manutenção / preservação do acesso vascular envolve preservação do património vascular, a avaliação da rede vascular antes da construção do acesso vascular e todos os cuidados de enfermagem necessários para a manutenção do acesso vascular. Os enfermeiros são obrigados a deter conhecimento necessário para a gestão de todos os tipos de acessos vasculares para HD.

Apêndice IV

Apresentação do Projeto à Equipe de Enfermagem
do Serviço de Nefrologia

PLANO DE SESSÃO

Curso: Apresentação do Projeto de Estágio – *“Cuidados de Enfermagem para a Manutenção dos Acessos Vasculares de Hemodiálise no Serviço de Urgência”*

Formador: Paulo Tiago Costa Martins

Data: 15 de Novembro de 2014

Duração: 45 Minutos

Objetivos da Sessão: Apresentação do projeto à equipa multidisciplinar, com especial ênfase à equipa de enfermagem e enfermeiros especialistas

Recursos e Meios: Método expositivo com recurso a PowerPoint e participação aberta entre formador e formando

Estratégias de Avaliação: Utilizado o modelo para avaliação da sessão em vigor no Centro Hospitalar

CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA A MANUTENÇÃO DOS ACESSOS VASCULARES DE HEMODIÁLISE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

DOCENTE:

PROF.ª MARIA EULÁLIA NOVAIS

DISCENTE:

PAULO MARTINS

15 de novembro de 2014

ÍNDICE

1. Identificação do Projeto e Instituições Envolvidas
2. Objetivos
3. Justificação do Âmbito do Projeto
4. Realidade do Serviço de Urgência
5. Quadro Conceptual
6. Competências de Enfermeiro Especialista a Atingir
7. Metodologia Projeto
8. Cronograma
9. Conclusão

I. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO E INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

- **Título:** *Cuidados de Enfermagem para a Manutenção dos Acessos Vasculares de Hemodiálise no Serviço de Urgência*
- **Palavras-chave:** Cuidados de Enfermagem, Acessos Vasculares de Hemodiálise, DRC
- **Instituição Envolvida:** Centro Hospitalar
 - Serviço de Nefrologia
 - Unidade Cuidados Intensivos
 - Serviço de Urgência Geral

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Contribuir como enfermeiro especialista para a melhoria da prática de cuidados de enfermagem à pessoa com acesso vascular de hemodiálise no serviço de urgência.

Objetivo Específico

- Aprofundar conhecimentos na área da DRCT e acessos vasculares de HD;
- Desenvolver competências como enfermeiro especialista na abordagem à pessoa com DRC e família.

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Promover comportamentos de acordo com a melhor evidência científica na prática de cuidados, junto da equipa de enfermagem do serviço de urgência, no que respeita à manutenção de acessos vasculares de hemodiálise.

Objetivo Específico

- Identificar quais as temáticas que os enfermeiros peritos em HD e acessos vasculares consideram importantes englobar no plano de formação dos enfermeiros do SU;
- Capacitar a equipa de enfermagem do SU para uma prática de cuidados de enfermagem mais consciente e orientada, no que respeita à manutenção de acessos vasculares de HD.

3. JUSTIFICAÇÃO DO ÂMBITO DO PROJETO

- O envelhecimento populacional é um fenómeno que tem vindo a afirmar-se ao longo das últimas décadas.

Minayo, M. C. S. & Coimbra Jr., C. E. A. (2002). *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz

- A previsão dos demógrafos é de que no ano de 2050, 1/3 da população a nível mundial tenha uma idade superior a 60 anos.

World Health Organization (2012). *Definition of an older or elderly person*. Geneva: WHO

3. JUSTIFICAÇÃO DO ÂMBITO DO PROJETO

- O aumento da expectativa de vida acarreta algumas repercussões, expondo a população a um maior risco de desenvolver doenças crónicas.

World Health Organization (2002). *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action*. Geneva: WHO

- As doenças não transmissíveis são as principais causas de morte no mundo, matando mais pessoas cada ano do que todas as outras causas combinadas.

World Health Organization (2010). *Global status report on noncommunicable diseases*. Geneva: WHO

3. JUSTIFICAÇÃO DO ÂMBITO DO PROJETO

A preocupação crescente com o envelhecimento da população e o aumento das doenças crónicas, exige respostas enquadradas criando um novo paradigma para os serviços de saúde.

Sousa, J. (2005). A doença crónica e o desafio da comorbilidade. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 21, 533-534

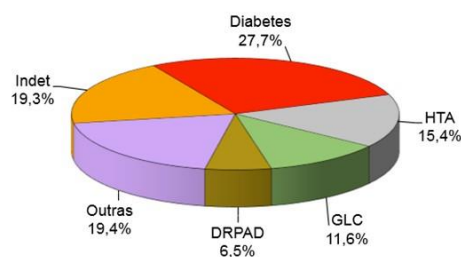
3. JUSTIFICAÇÃO DO ÂMBITO DO PROJETO

- A população com DRCT tem aumentado nos últimos anos, em parte pelo envelhecimento da população e pelo aumento das doenças crónicas como a diabetes mellitus e a hipertensão arterial, que estão entre as principais causas da DRCT.

Kasumoto, L., Marques, S., Haas, V. & Rodrigues, R. (2008). Adultos e Idosos em Hemodialise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. *Acta Paulista Enfermagem*, 21, 152-159

3. JUSTIFICAÇÃO DO ÂMBITO DO PROJETO

Etiologia da DRC nos doentes prevalentes em 2013 (HD e DP)

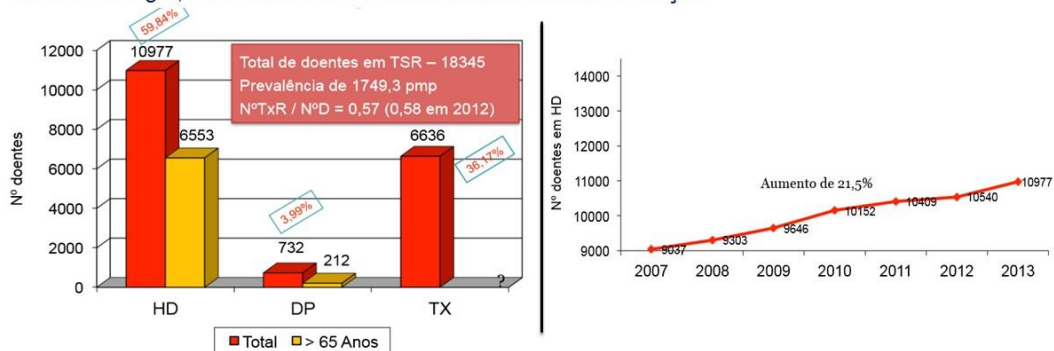


Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2014). *Relatório Anual de 2013 do Gabinete de Registo do Tratamento da Doença Renal Terminal*. SPN

N = 11709
177 sem dados

3. JUSTIFICAÇÃO DO ÂMBITO DO PROJETO

- Em Portugal, a hemodiálise é a modalidade dialítica de eleição



Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2014). *Relatório Anual de 2013 do Gabinete de Registo do Tratamento da Doença Renal Terminal*. SPN

3. JUSTIFICAÇÃO DO ÂMBITO DO PROJETO

- A disfunção do acesso vascular representa, sensivelmente, 20% das hospitalizações dos doentes em diálise, com consequências elevadas a nível dos custos para o sistema de saúde.

Allon, M., & Robbin, M. (2002). Increasing Arteriovenous Fistulas in Hemodialysis Patients: problems and solutions. *Kidney International*, 62,1109-1124

3. JUSTIFICAÇÃO DO ÂMBITO DO PROJETO

- Em Portugal, desconhecem-se estudos que quantifiquem o custo das complicações do acesso vascular.

Sousa, C. N. (2012). Cuidar da Pessoa com Fístula Arteriovenosa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(1), 11-17

- Segundo a Sociedade Portuguesa de Nefrologia citado por Ponce (1998) a falência do acesso vascular originaria mais de 500 internamentos/ano, ou cerca de 3500 diárias de internamento.

Sousa, C. N. (2012). Cuidar da Pessoa com Fístula Arteriovenosa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(1), 11-17

3. JUSTIFICAÇÃO DO ÂMBITO DO PROJETO

- Os enfermeiros são os profissionais de saúde, em virtude da natureza dos seus cuidados, que contactam diretamente com a FAV e manipulam o acesso vascular da pessoa com DRCT em tratamento hemodialítico. Desta forma, é essencial que estes profissionais desenvolvam habilidades para avaliar e diagnosticar todas as alterações que possam ocorrer com a FAV.

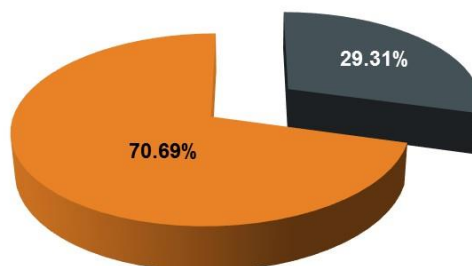
Sousa, C. N. (2012). Cuidar da Pessoa com Fístula Arteriovenosa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(1), 11-17

3. JUSTIFICAÇÃO DO ÂMBITO DO PROJETO

- Conhecimento reduzido acerca de cuidados específicos e possíveis complicações de um acesso vascular de hemodiálise;
- Ausência de estratégias de forma a preservar e monitorizar o membro da fístula arteriovenosa no SU;
- Uniformizar os cuidados de enfermagem aos cateteres centrais de hemodiálise.

4. REALIDADE DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

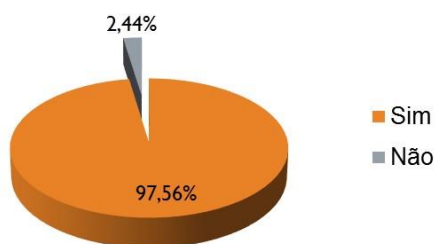
- Nº de Enfermeiros no Serviço de Urgência – 58 Enfermeiros
- Amostra que participou no questionário – **41 Enfermeiros**



4. REALIDADE DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

QUESTIONÁRIO

- Considera necessário adquirir mais conhecimento / competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa portadora de acessos vascular para hemodiálise no Serviço de Urgência?



4. REALIDADE DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

QUESTIONÁRIO

- Consegue enumerar dificuldades sentidas na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa portadora de acesso vascular para hemodiálise (fístula arteriovenosa; prótese vascular; cateter central provisório e de longa duração) no Serviço de Urgência?

4. REALIDADE DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

INEXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

N1 – 2.44%

FALTA DE FORMAÇÃO

N4 – 9.76%

4. REALIDADE DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA A MANUTENÇÃO DO CVC DE HD

- REALIZAÇÃO DO PENSO – **N6 (14.63%)**
- ASSEPSIA – **N5 (12.20%)**
- HEPARINIZAÇÃO DO CATETER – **N14 (34.15%)**

N34 –
82.93%

4. REALIDADE DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA A MANUTENÇÃO DO CVC DE HD

- ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA – **N26 (63.41%)**
- COLHEITA DE SANGUE – **N1 (2.44%)**
- MANUSEAMENTO DO CATETER CENTRAL PROVISÓRIO DE HD COM TRIPLO LÚMEN – **N4 (9.76%)**

N34 –
82.93%

4. REALIDADE DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA A MANUTENÇÃO DA FAV / PRÓTESE

- PENSOS NAS FAV / PRÓTESES VASCULARES – **N3 (7.32%)**
- CUIDADOS A TER COM O MEMBRO DO ACESSO VASCULAR – **N10 (24.39%)**
- EXAME FÍSICO AO MEMBRO DO ACESSO VASCULAR – **N3 (7.32%)**
- IDENTIFICAÇÃO DO MEMBRO DO ACESSO VASCULAR – **N4 (9.76%)**

N21 –
51.22%

4. REALIDADE DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

REALIZAÇÃO DE ENSINOS AO DOENTE E FAMÍLIA

N1 – 2.44%

RELAÇÃO TERAPÊUTICA DIFÍCIL

N1 – 2.44%

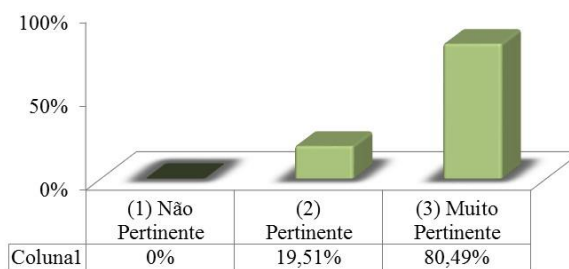
CONTROLO DE HEMORRAGIA NA FAV / PRÓTESE VASCULAR

N7 –
17.07%

4. REALIDADE DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

QUESTIONÁRIO

- Classifique de 1 a 3 o grau de pertinência da temática, sendo que 1 é não pertinente, 2 pertinente e 3 muito pertinente.



5. QUADRO CONCEPTUAL

- Doença Renal Crónica Terminal
- Hemodiálise como modalidade de tratamento da Doença Renal Crónica Terminal
- Acessos Vasculares de Hemodiálise
- Papel do Enfermeiro na Manutenção do Acesso Vascular de Hemodiálise (Modelo Teórico Collière)

6. COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA A ATINGIR

DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL	<ul style="list-style-type: none">• Desenvolvimento de uma prática profissional e ética• Promover práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades
DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE	<ul style="list-style-type: none">• Papel dinamizador no seio da equipa promotor de boas práticas• Colaborar em programas de formação, acedendo à melhor evidência científica• Promover um ambiente terapêutico e seguro
DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS	<ul style="list-style-type: none">• Otimização a resposta da equipa da enfermagem• Capacidade de liderança e gestão, minimizando riscos e promovendo a otimização da qualidade dos cuidados
DOMÍNIO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS	<ul style="list-style-type: none">• Desenvolvimento do meu autoconhecimento e de conhecimentos científicos• Implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica especializada

6. COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA A ATINGIR



European Dialysis &
Transplant Nurses
Association/
European Renal
Care Association

7. METODOLOGIA PROJETO

Questão de Investigação

Quais os Cuidados de Enfermagem para a Manutenção do Acesso Vascular de Hemodiálise no Serviço de Urgência?

Tipo de Estudo

Estudo Qualitativo Exploratório Descritivo

7. METODOLOGIA PROJETO

1º Fase

- Revisão Sistemática da Literatura;
- Aplicação de um questionário aos enfermeiros do SU de forma a aferir a pertinência da temática em estudo.
- Realização de entrevistas para obter a opinião de enfermeiros peritos em HD e acessos vasculares, sobre quais os principais cuidados de enfermagem para uma adequada manutenção dos acessos vasculares de HD no SU;
- Recolha e tratamento de dados.

7. METODOLOGIA PROJETO

Enfermeiro Perito

Tendo por base os níveis de competência de Benner, o último nível, **Perito**, é caracterizado pela grande capacidade de julgamento, intervindo e gerindo situações complexas de uma forma simplista. Os enfermeiros que se enquadram neste nível possuem grande experiência profissional.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora

7. METODOLOGIA PROJETO

2º Fase

- Tratamento dos dados recolhidos anteriormente (grau de concordância entre a opinião dos peritos com a revisão sistemática da literatura);
- Elaboração de uma ação formativa aos enfermeiros do SU, sobre os cuidados de enfermagem para a manutenção dos acessos vasculares de HD.

7. METODOLOGIA PROJETO

Atividades a Desenvolver

- Ação formativa, com a temática, Cuidados de Enfermagem para a Manutenção dos Acessos Vasculares de HD no SU, estruturada com base nas temáticas resultantes da análise de conteúdo às entrevistas aos enfermeiros peritos;
- Elaboração de um documento com linhas orientadoras relativas aos cuidados de enfermagem aos cateteres venosos centrais para HD e execução de penso, com o objetivo de uniformizar os cuidados de enfermagem e minimizar os riscos de infeção;

7. METODOLOGIA PROJETO

Atividades a Desenvolver (Continuação)

- Elaboração de um fluxograma de atuação aquando a entrada de um doente com fistula arteriovenosa ou prótese no SU;
- Elaboração de um fluxograma de atuação, para a utilização do cateter venoso central de HD como acesso vascular no SU.

8. CRONOGRAMA

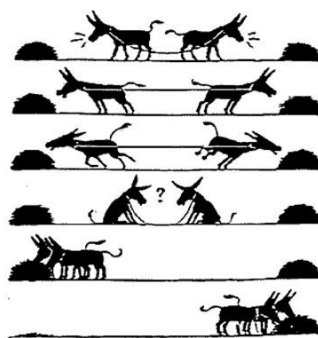
CRONOGRAMA												
Atividades/Estratégias												
	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Out	Nov	Dez	Jan	Fev		
Pesquisa Bibliográfica												
Reunião Tutorial												
Diagnóstico de Situação												
Entrega do Projeto de Estágio												
Apresentação do Projeto												
Estágio no Serviço de Nefrologia (29 de setembro a 7 de dezembro de 2014)												
• Realização das entrevistas aos enfermeiros peritos em HD e acessos vasculares de HD e tratamento de dados												
• Desenvolver competências como enfermeiro especialista na abordagem à pessoas com DRC e família												
Estágio na Unidade de Cuidados Intensivos (8 de dezembro a 21 de dezembro de 2014)												
Estágio no Serviço de Urgência (5 de janeiro a 22 de fevereiro de 2014)												
• Ação Formativa aos enfermeiros do SU - "Cuidados de Enfermagem para a Manutenção dos Acessos Vasculares de Hemodiálise no Serviço de Urgência"												
• Avaliação da Ação Formativa												
• Elaboração de um documento com linhas orientadoras relativas aos Cuidados de Enfermagem aos Cateteres Venosos Centrais de HD, Fistulas e Próteses; Elaboração de um fluxograma de atuação para a utilização do cateter venoso central de HD como acesso vascular no SU e um fluxograma de atuação aquando a entrada de um doente no SU com FAV ou Prótese Vascular												
Redigir Relatório Final												

■ Momentos de Atividade

9. CONCLUSÃO

- O enfermeiro especialista deverá procurar a excelência do exercício profissional, prevenindo as complicações para a saúde das pessoas. Para tal é necessário intervir, minimizando os riscos para a pessoa, detetando precocemente problemas potenciais e resolvendo e minimizando problemas reais;

O SUCESSO DA MANUTENÇÃO DO ACESSOS VASCULAR DE
HEMODIÁLISE DEPENDE...



TRABALHO EM EQUIPA

Apêndice V

Questionário Aplicado aos Enfermeiros do SU



5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO MÉDICO-CIRÚRGICA VERTENTE
NEFROLÓGICA

No sentido de adquirir e desenvolver competências inseridas num *continuum* de aprendizagem como enfermeiro, este trabalho assenta numa experiência profissional adquirida ao longo dos últimos 7 anos em ambiente de urgência intra-hospitalar e naquilo que é a prestação de cuidados à pessoa com doença renal a vivenciar processos de doença aguda, crónica e crónica agudizada. Deste modo, definiu-se como área de estudo ***“Cuidados de Enfermagem para a Manutenção dos Acessos Vasculares de Hemodiálise no Serviço de Urgência”***, pelo interesse pessoal que esta área me desperta, mas especialmente porque considero que esta é uma problemática de extrema relevância no serviço de urgência (SU).

Assim sendo, os objetivos gerais que pretendo alcançar através deste trabalho são: (1) contribuir como enfermeiro especialista para a melhoria da prática de cuidados de enfermagem à pessoa com acesso vascular de hemodiálise (HD) no serviço de urgência; (2) promover comportamentos de acordo com a melhor evidência científica na prática de cuidados, junto da equipa de enfermagem do serviço de urgência, no que respeita à manutenção de acessos vasculares de hemodiálise.

A sua opinião é muito importante, na medida em que irá determinar estratégias mais adequadas, no processo de melhoria de cuidados de enfermagem junto da pessoa portadora de acesso vascular para hemodiálise, no Serviço de Urgência.

Vimos assim convidá-la(o) a participar neste estudo, através da realização de um questionário, que é anónimo e confidencial.

Agradecemos desde já a sua disponibilidade para colaborar.

Enf.º Paulo Martins

QUESTIONÁRIO

Parte A

1. Idade? ____
2. Masculino ____ Feminino ____
3. Há quantos anos exerce enfermagem? ____
4. Experiência profissional no tratamento de substituição renal, nomeadamente em hemodiálise? Sim ____ Não ____

Parte B

1. Considera necessário adquirir mais conhecimento / competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa portadora de acessos vascular para hemodiálise no Serviço de Urgência?

Sim ____ Não ____

2. Consegue enumerar dificuldades sentidas na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa portadora de acesso vascular para hemodiálise (fístula arteriovenosa; prótese vascular; cateter central provisório e de longa duração) no Serviço de Urgência?

3. Classifique de 1 a 3 o grau de pertinência da temática

(1) Não pertinente (2) Pertinente (3) Muito Pertinente

Apêndice VI

Guião de Entrevista Aplicado aos Enfermeiros
Peritos em Nefrologia



5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO MÉDICO-CIRÚRGICA VERTENTE
NEFROLÓGICA

No sentido de adquirir e desenvolver competências inseridas num continuum de aprendizagem como enfermeiro, este trabalho assenta numa experiência profissional adquirida ao longo dos últimos 7 anos em ambiente de urgência intra-hospitalar e naquilo que é a prestação de cuidados à pessoa com doença renal a vivenciar processos de doença aguda, crónica e crónica agudizada. Deste modo, definiu-se como área de estudo ***“Cuidados de Enfermagem para a Manutenção dos Acessos Vasculares de Hemodiálise no Serviço de Urgência”***, pelo interesse pessoal que esta área me desperta, mas especialmente porque considero que esta é uma problemática de extrema relevância no serviço de urgência (SU).

Assim sendo, os objetivos gerais que pretendo alcançar através deste trabalho são: (1) contribuir como enfermeiro especialista para a melhoria da prática de cuidados de enfermagem à pessoa com acesso vascular de hemodiálise (HD) no serviço de urgência; (2) promover comportamentos de acordo com a melhor evidência científica na prática de cuidados, junto da equipa de enfermagem do serviço de urgência, no que respeita à manutenção de acessos vasculares de hemodiálise.

Por forma a atingir os objetivos do presente trabalho, pretendo articular conhecimentos com enfermeiros peritos em nefrologia e, através destes, identificar os conhecimentos específicos que são importantes e necessários para uma melhor prática de enfermagem na manutenção dos acessos vasculares de HD no SU. A articulação com os enfermeiros peritos irá ser feita através da presente entrevista.

Vimos assim convidá-la(o) a participar neste estudo, através da realização da entrevista, que é anónima e onde nos comprometemos a assegurar a confidencialidade dos dados.

Agradecemos desde já a sua disponibilidade para colaborar.

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Parte A

1. Idade?
2. Género?
3. Há quanto tempo trabalha?
4. Há quanto tempo trabalha na prestação de cuidados a pessoas com doença renal crónica terminal em programa regular de hemodiálise?
5. Como adquiriu a formação específica na área do acesso vascular de HD?
 - congressos/ conferências / palestras;
 - na prática e cuidados;
 - autoformação.

Parte B

6. Considera a temática em estudo pertinente e relevante, fazendo sentido desenvolver-se esta área para o serviço de urgência?
7. Pensa ser necessário a elaboração de um fluxograma de atuação aquando a entrada de um doente portador de acesso vascular de HD (FAV/Prótese/CVC de HD) no serviço de urgência? Se sim qual seria melhor estratégia?
8. Quais as intervenções de enfermagem que considera mais importantes e indispensáveis para uma manutenção adequado do acesso vascular de HD (FAV/Prótese/CVC de HD) no serviço de urgência?
9. Considera importante o exame físico ao membro da pessoa portadora de acesso vascular de HD se esta se encontrar internada no SU?
10. Que aspetos devem ter em conta os enfermeiros do serviço de urgência na realização da observação, palpação e auscultação do acesso vascular de HD da pessoa?
11. Deve ser feita em todos os turnos, ou num dos turnos do dia?
12. Quais as complicações mais prováveis de um acesso vascular de HD?
13. Como proceder com as complicações?
14. Em caso de urgência/emergência, concorda que seja utilizado o acesso vascular central de HD como acesso venoso?

15. Que intervenções de enfermagem são necessárias para salvaguardar o acesso vascular central e não provocar malefício ao doente?

Apêndice VII

Guião de Entrevista Pré-Teste



5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO MÉDICO-CIRÚRGICA VERTENTE
NEFROLÓGICA

No sentido de adquirir e desenvolver competências inseridas num continuum de aprendizagem como enfermeiro, este trabalho assenta numa experiência profissional adquirida ao longo dos últimos 7 anos em ambiente de urgência intra-hospitalar e naquilo que é a prestação de cuidados à pessoa com doença renal a vivenciar processos de doença aguda, crónica e crónica agudizada. Deste modo, definiu-se como área de estudo ***“Cuidados de Enfermagem para a Manutenção dos Acessos Vasculares de Hemodiálise no Serviço de Urgência”***, pelo interesse pessoal que esta área me desperta, mas especialmente porque considero que esta é uma problemática de extrema relevância no serviço de urgência (SU).

Assim sendo, os objetivos gerais que pretendo alcançar através deste trabalho são: (1) contribuir como enfermeiro especialista para a melhoria da prática de cuidados de enfermagem à pessoa com acesso vascular de hemodiálise (HD) no serviço de urgência; (2) promover comportamentos de acordo com a melhor evidência científica na prática de cuidados, junto da equipa de enfermagem do serviço de urgência, no que respeita à manutenção de acessos vasculares de hemodiálise.

Por forma a atingir os objetivos do presente trabalho, pretendo articular conhecimentos com enfermeiros peritos em nefrologia e, através destes, identificar os conhecimentos específicos que são importantes e necessários para uma melhor prática de enfermagem na manutenção dos acessos vasculares de HD no SU. A articulação com os enfermeiros peritos irá ser feita através da presente entrevista.

Vimos assim convidá-la(o) a participar neste estudo, através da realização da entrevista, que é anónima e onde nos comprometemos a assegurar a confidencialidade dos dados.

Agradecemos desde já a sua disponibilidade para colaborar.

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Parte A

1. Idade?
2. Género?
3. Há quanto tempo trabalha?
4. Há quanto tempo trabalha na prestação de cuidados a pessoas com doença renal em programa regular de hemodiálise?
5. Como adquiriu a formação específica na área do acesso vascular de HD?
 - congressos/ conferências / palestras;
 - na prática e cuidados;
 - autoformação.

Parte B

6. Considera a temática em estudo pertinente e relevante, fazendo sentido desenvolver-se investigação nesta área no serviço de urgência?
7. Acha necessária a elaboração de fluxograma de atuação aquando a entrada de um doente com doença renal crónica com acesso vascular de HD (FAV ou prótese) no serviço de urgência?
8. Quais as intervenções de enfermagem que considera mais importantes e indispensáveis para uma manutenção adequado do acesso vascular de HD no serviço de urgência?
9. Considera importante o exame físico ao membro da pessoa com acesso vascular de HD se esta se encontrar internada no SU?
10. Se sim, deve ser feita em todos os turnos, ou num dos turnos do dia?
11. Se respondeu sim à pergunta n.º 9, especifique que aspetos devem ter em conta os enfermeiros do serviço de urgência na realização da observação, palpação e auscultação do acesso vascular de HD da pessoa?
12. Quais as complicações mais prováveis de um acesso vascular de HD (FAV ou prótese)?
13. Como proceder com as complicações?

14. Em caso de urgência, o que acha de o CVC de HD ser utilizado como acesso vascular?
15. Que intervenções de enfermagem são necessárias para salvaguardar o acesso vascular central e não provocar malefício ao doente?

Apêndice VIII

Análise de Conteúdo das Entrevistas Aplicadas aos
Enfermeiros Peritos em Nefrologia

Caracterização dos Peritos

Identificação	Género	Entrevista
E1	Feminino	<ul style="list-style-type: none"> • “(...), tenho 40 anos” • “Sou enfermeira há cerca de 18 anos, trabalho mais especificamente no serviço de hemodiálise, portanto nefrologia há cerca de 6 anos já vou a caminho dos 7 anos daqui a 2 meses.” • “Fiz formação específica na área do acesso vascular e também o meu tema de escolha da minha pós licenciatura da minha especialidade foi sobre os acessos vasculares, portanto a manutenção, ou seja, a preservação e a manutenção do acesso vascular após a sua construção no bloco operatório (...)”
E2	Feminino	<ul style="list-style-type: none"> • “54 anos” • Trabalha como enfermeira “Há 32 anos” • Trabalha na prestação de cuidados a pessoas com doença renal crónica terminal em programa regular de hemodiálise “Há 29 anos. Intra-hospitalar com alguns intervalos, mas em simultâneo há 29 anos.” • Adquiriu formação específica na área do acesso vascular de hemodiálise “Mais na prática, (...) uma coisa é acompanharmos desde a construção até à maturação e o desenrolar e o desenvolver dos acessos. Portanto a minha experiência foi essencialmente na prática.”
E3	Feminino	<ul style="list-style-type: none"> • “50 anos” • “Trabalho há 24 anos (...)” na prestação de cuidados a pessoas com doença renal crónica terminal em programa regular de hemodiálise • “Na área do acesso, eu fiz inicialmente uma formação de trezentas e umas quantas horas em diálise em doente renal, em diálise, em que foi falado dos acessos vasculares, mas de há 24 anos para agora a evolução que houve, quer nos monitores, também nos acessos, foi uma coisa abismal. (...) vamos fazendo formação em serviço (...) e foi

		<i>aprofundado os meus conhecimentos, quer autonomamente quer em conjunto com a equipa (...) e muito também com a prática, sem dúvida.”</i>
E4	Feminino	<ul style="list-style-type: none"> • “38 anos” • “Eu trabalho há 17 anos e com doentes insuficientes renais há 14 anos.” • Adquiriu formação específica na área do acesso vascular de hemodiálise através de “(...) uma formação no sector privado, um estágio, com componente teórica e prática, (...). E depois da formação, foi com a prática (...). Com a experiência, também é importante, é o mais importante até, neste caso.”
E5	Feminino	<ul style="list-style-type: none"> • “46” anos • Trabalha como enfermeira há 25 anos • Trabalha na prestação de cuidados a pessoas com doença renal crónica terminal em programa regular de hemodiálise “Há quase 19 anos, faz este mês 19 anos.” • Adquiriu formação específica na área do acesso vascular de hemodiálise através de “(...) um curso de hemodiálise para enfermeiros da Fresenius. (...) o meu trabalho projeto na área da nefrologia e no mestrado também foi na área da nefrologia que desenvolvi a minha tese.”

E6	Feminino	<ul style="list-style-type: none"> • “55 anos” • “(...)cerca de 25 anos, de..., em várias áreas, desde a área dos cuidados de saúde primários, a área de cuidados cirúrgicos, várias experiências na área de cirurgia quer em internamento, quer no bloco operatório. Nesta área da nefrologia desde 1996.” • “Eu tive oportunidade de começar a trabalhar em nefrologia no privado, (...) onde engloba toda uma área relacionada para os acessos vasculares. Desde essa altura tenho-me preocupado imenso por esta área, tenho apostado muito na autoformação, porque ainda é um dilema neste momento os acessos vasculares. (...) E sou uma fã a sério da área da preservação do acesso vascular e da manutenção e prolongação da sua sobrevida.”
----	----------	--

Análise das Entrevistas

Categoria Encontrada	Subcategoria	Exemplos de Unidade de Registro
Pertinência e relevância da temática em estudo	Sim (6);	<p><i>“Eu acho que sim, que é importante por vários motivos, vocês normalmente recebem todo o tipo de doentes, não há escolha possível, portanto tudo o que acontece vai parar à urgência e muitas das vezes veem então esses doentes portadores de acessos vasculares para hemodiálise (...) temos que ter alguma perícia para poder cuidar desses acessos e para poder verificar se esses acessos estão permeáveis ou não.” (E1)</i></p> <p><i>“Si penso que é muito importante” (E5)</i></p> <p><i>“(…) eu fico contente, por ver gente como tu a apostar nesta área, porque há um grande handicap entre os enfermeiros que trabalham em diálise, porque esta formação não é dada de base nas escolas, são adquiridas depois, (...). Quanto mais pessoas dominarem estas temáticas eu tenho a certeza que a sobrevivência do acesso vascular das pessoas da área nefrológica vai ter bastantes lucros.” (E6)</i></p> <p><i>“Importantíssimo, alargar o mais que puder” (E6)</i></p>
	Não (0);	

Categoria Encontrada	Subcategoria	Exemplos de Unidade de Registro
Necessidade de elaboração de um fluxograma de atuação quando a entrada de um doente portador de acesso vascular de hemodiálise no serviço de urgência	Sim (6);	<p><i>“Concordo com isso até porque, nós sabemos perfeitamente bem que o acesso vascular para os doentes que fazem hemodiálise é um bocadinho a vida deles, portanto convém saber proteger este acesso, e convém saber atuar em situação de urgência/emergência e concordo plenamente que haja esta formação ou esta preocupação de redigir ou de realizar algo que possa ajudar nesse sentido.” (E1)</i></p> <p><i>“Sem dúvida, tem-se que criar.” (E3)</i></p> <p><i>“Sim, penso que é importante. Penso que quando está em causa a vida tudo o que possa garanti-la é pertinente se o pudermos fazer com conhecimento e com metodologia de uma forma assim muito sistemática (...) melhora a viabilidade do sucesso e torna-se ainda mais pertinente. Portanto, um projeto desta natureza vai permitir a que abordagem do acesso vascular seja feita com conhecimento necessário para a preservação do acesso e também da vida do doente.” (E5)</i></p>
	Não (0);	

Categoria Encontrada	Subcategoria	Exemplos de Unidade de Registro
Estratégia de atuação aquando a entrada de um doente portador de acesso vascular de hemodiálise no serviço de urgência	Identificação do membro do acesso vascular (fistula arteriovenosa ou prótese vascular) (4);	<p><i>“(…) encontrar determinadas soluções como a identificação do braço com uma braçadeira diferente, como por exemplo, identificar a maca do doente ou a cadeira do doente que é um doente insuficiente renal que já é portador de uma fistula (…)” (E1)</i></p> <p><i>“Identificar a zona do acesso (…) no acolhimento que se faz identificar logo que o doente tem um acesso vascular.” (E2)</i></p>
	Formação dos enfermeiros do serviço de urgência (3);	<p><i>“(…) para já teria que começar com a formação dos colegas da urgência (…)” (E4)</i></p> <p><i>“Primeiro tem que haver formação, ou formal ou informal e depois tudo descrito em fluxograma (…). Porque esta área, é uma área sensível, e o acesso (…) é o elo de ligação à vida destes doentes, sem ele o doente não pode dialisar-se, sem ele o doente morre (…)” (E6)</i></p>
	Acesso informático à história clínica dos doentes (1);	<i>“O conhecimento um bocadinho de alguma história, saber se daquele doente, era fundamental, nem sempre isso é possível. Quando tivermos a livre circulação da informação dos doentes em que... ou por o nome do doente ou ter no seu cartão, um cartão com o chipe do doente em que se consigo ter esse acesso, vai ser facilitador (…)” (E3)</i>
	Articulação entre o serviço de urgência e o serviço de ambulatório de nefrologia (1);	<i>“(…) articulação com a própria equipa do ambulatório de nefrologia, no sentido de colaborar nalguma dificuldade que possa existir, que será sempre uma coisa que vão fazer menos vezes do que nós, também pode ser pertinente haver algum canal de comunicação entre as equipas.” (E5)</i>

Categoria Encontrada	Subcategoria	Exemplos de Unidade de Registro
Intervenções de enfermagem indispensáveis para uma manutenção adequado do acesso vascular de hemodiálise no serviço de urgência	Identificação do membro do acesso vascular de forma a evitar procedimentos indevidos ao membro, como por exemplo, avaliação de tensão arterial e punção venosa (6);	<p><i>“(…), eu acho que a primeira coisa é identificar o braço do acesso. A identificação que o doente, que aquela pessoa é portador de um acesso vascular.” (E1)</i></p> <p><i>“Se for identificado, a partir daí consegue-se evitar que haja avaliações de tensões, que haja punções, que haja compressões que podem levar a trombose do acesso, (…)” (E2)</i></p>
	Exame físico ao membro da fístula (4);	<p><i>“A partir do momento que o enfermeiro da urgência identifica, depois tem que saber ver sinais, quer sinais de infecção, quer sinais de permeabilidade e de funcionamento normal, (…)” (E1)</i></p> <p><i>“Em relação às fístulas e as próteses eu acho que era importante conseguir-se fazer uma avaliação do que é que é o normal, (...). (...) é muito importante para perceber se há frêmito ou não, e uma auscultação também, porque para ver se há sopro se aquele acesso está ou não a funcionar” (E4)</i></p>
	Cuidados com o membro do acesso vascular nos posicionamentos (4);	<p><i>“(…) o enfermeiro tem que ter o cuidado de verificar que o doente não está deitado em cima daquele braço, ou que o doente, por exemplo não está a ter um garrote, não está ser garrotado por qualquer motivo que seja, com roupa porque tem um edema do braço, (...), ou vem com edemas generalizado por causa de uma alergia, (...). Portanto é verificar efetivamente que não existe ali alguma coisa a garrotar a fazer edema, que o doente não está deitado em cima daquele braço e identificar realmente isso é que é mesmo fundamental, (…)” (E1)</i></p>

	<p><i>“Os posicionamentos, muitas vezes se não há uma atenção aos posicionamentos quando são esse tipo acessos, os doentes estão posicionados muito tempo para o lado do acesso também pode comprometer o acesso, (...)” (E3)</i></p>
<p>Remoção dos pensos da técnica dialítica (4);</p>	<p><i>“(…), se o doente faz diálise vai para a urgência no mínimo no dia seguinte de manhã quando for os cuidados de higiene retirar os pensos, (...), porque ao fim ao cabo ficam a fazer compressão, (...), se eles ficarem 24 horas - 48 horas como muitas vezes acontece, estamos a fazer pressão num vaso do acesso vascular que pode levar à trombose do acesso.” (E2)</i></p> <p><i>“(…), o máximo entre a 6 a 8 horas, se pudermos retiramos, nunca ficar para a sessão de hemodiálise seguinte, nunca.” (E3)</i></p> <p><i>“(…), um indicador de não qualidade é uma doente vir fazer hemodiálise e ao fim de 48 horas trazer o penso. Isto... o penso é para retirar ao fim de 6 horas, 8 horas, (...)” (E6)</i></p>
<p>Assepsia nos cuidados aos acessos vasculares centrais para hemodiálise (3);</p>	<p><i>“(…) garantir a assepsia na manipulação (...)” (E5)</i></p> <p><i>“(…),respeitando as regras de assepsia, por muito à pressa que se trabalhe há coisas que são prioritárias, e isto é prioritário, o penso de um cateter central é uma situação prioritária, (...)” (E3)</i></p>

Categoria Encontrada	Subcategoria	Exemplos de Unidade de Registro
Importância do exame físico ao membro da pessoa portadora de acesso vascular de hemodiálise se esta se encontrar no SO do serviço de urgência	Sim (6);	<p><i>“É importante. (...) O acesso é a vida daquele doente, se aquele acesso para, obrigatoriamente aquele doente tem que colocar um cateter de urgência para fazer diálise. Portanto é assim, é bom que os enfermeiros, (...) do serviço de urgência (...), saibam palpar um acesso, isto é fundamental, porquê? Porque se um acesso está parado quanto mais depressa detetado a disfunção do acesso mais depressa é tentado resolver o problema deste acesso e mais viabilidade tem este acesso de sobrevida, portanto é fundamental alguém na urgência ou os elementos da urgência serem formados no sentido de saberem o que é o sopro o que é o frémito e para que é serve aquele acesso e a importância daquele acesso para aquele doente.” (E1)</i></p> <p><i>“ (...) , normalmente os doentes estão em ambulatório e eles próprios detêm esse conhecimento, detêm a capacidade para fazer vigia. Quando estão internados na urgência poderão ter ou não, portanto, poderão ter essa capacidade comprometida e cabe ao enfermeiro sempre numa situação ou noutra ter uma supervisão sobre isso.” (E5)</i></p>
	Não (0);	

Categoria Encontrada	Subcategoria	Exemplos de Unidade de Registro
O que avaliar e fazer no exame físico ao membro do acesso vascular de hemodiálise	Observação (6);	<p><i>“(…), na observação efetivamente vigiar o membro, portanto se não há cianose, se não há, basta só observar o membro do acesso, se não há cianose, se não há sinais de infecção, portanto edema, rubor, calor, vigiar se as extremidades dos dedos, para ver se não há um síndrome de roubo, (...)” (E1)</i></p> <p><i>“Se o membro está íntegro, se o local do acesso está íntegro, se não tem sinais inflamatórios, se a pessoa está a mobilizar bem as extremidades sem sinais de compromisso circulatório também é importante, se há algum hematoma visível.” (E4)</i></p>
	Palpação (5);	<p><i>“(…) palpar, a parte distal, a parte proximal, a parte mediana e verificar efetivamente se existe continuidade do sopro, se existe efetivamente continuidade é porque o acesso está a funcionar bem. Levantar o membro por exemplo, para ver se efetivamente existe uma ingurgitação do acesso. Estes sintomas, estes sinais são todos muito importantes para agente verificar o bom funcionamento daquele acesso.” (E1)</i></p> <p><i>“(…) a palpação é fundamental.” (E3)</i></p> <p><i>“(…) porque se perceberem que há frémito é porque está a funcionar (...)” (E3)</i></p>
	Auscultação (3);	<p><i>“(…) em relação à auscultação perceber como é que está, se está a funcionar ou não, se existe sopro, se esse sopro é contínuo ao longo do acesso, (...)” (E4)</i></p> <p><i>“Numa prótese vascular já é mais..., difícil logo palpares, porque muitas das vezes só consegues ver se ele está a funcionar através da auscultação. Portanto auscultas, o que também é importante.” (E6)</i></p>

Categoria Encontrada	Subcategoria	Exemplos de Unidade de Registro
Periodicidade do exame físico ao membro do acesso vascular de hemodiálise no SO do serviço de urgência	Uma avaliação por dia (3);	<i>“(…), fazê-lo diariamente será suficiente em alguns dos casos, se naquela avaliação diária, se levantar alguma questão que seja necessário uma reavaliação mais apertada, será de ser programado.” (E5)</i>
	Uma avaliação por turno (2);	<i>“(…), a observação e a palpação pode ser feita em todos os turnos, é uma coisa rápida que não leva muito tempo, simples.” (E4)</i>
	Sempre que a situação o justifique (6);	<i>“(…) se o doente está instável e que acaba por entrar em hipotensão ou que surja outros problemas relativamente à doença dele, não só ao acesso mas à doença, à evolução da doença dele, é óbvio que cada momento agente tenha que avaliar.” (E1)</i>

Categoria Encontrada	Subcategoria	Exemplos de Unidade de Registro
Complicações mais prováveis de um acesso vascular de hemodiálise e como proceder	Acesso vascular parado (não funcional) (2);	<p><i>“(…),a hipotensão que pode provocar a paragem do acesso, e aí requer a situação não diria de urgência, mas de tentar reverter com maior brevidade a hipotensão para que o acesso não venha a parar. Portanto isto é muito importante, a paragem do acesso por hipotensão ou hipovolémia.” (E1)</i></p> <p><i>“(…), muitos doentes com hipotensão prolongada levam (...), às trombozes dos acessos.” (E2)</i></p>
	Sinais de infeção no acesso vascular (4);	<p><i>“(…), um acesso infetado é um acesso que não pode ser utilizado, portanto a partir do momento que o acesso está infetado e inutilizado, temos que partir para o cateter. Portanto tudo o que advém depois à colocação do cateter...” (E4)</i></p> <p><i>“Outra das situações é a febre, que estes doentes habitualmente apresentam, e é um sintoma que os leva à urgência, e muitas das vezes o que está a acontecer é a infeção do acesso vascular. Acontece mais vezes nos que são portadores de cateter, logo aí o enfermeiro tem que pesquisar de onde é que vem o foco e só através realmente do exame físico.” (E6)</i></p> <p><i>“(…), doente com febre, primeira hipótese é a infeção do acesso vascular. Esta é uma das coisas que o enfermeiro deve fazer, é averiguar se há sinais de infeção no acesso vascular.” (E6)</i></p>
	Hemorragia do acesso vascular (5);	<p><i>“As complicações que nós aqui temos tido de doentes, pelos acessos vasculares à urgência, habitualmente são por hemorragias, (...)” (E3)</i></p> <p><i>“Nós estamos a fazer pressão de um vaso e podemos se fizermos uma pressão demasiado forte podemos fazer colapso do vaso, e deixa de haver o circuito de sangue. O acesso fica trombosado, (...) tem que se evitar fazer...” (E2)</i></p>

	<p><i>“Portanto, antes de colocar a mão toda no membro para fazer parar a hemorragia, temos que ver bem onde é o local das punções, de onde é que ele está a sangrar e fazer pressão só nos sítios exatos.” (E2)</i></p> <p><i>“(…)fazer parar a hemorragia não pode comprometer o funcionamento do acesso, não pode haver garrote. Portanto a compressão, o penso que se faz nunca pode ser um penso demasiado compressivo, porque pode provocar garrote e fazer a fístula parar, por vezes e é ainda o que vemos cada vez menos de facto, é um facto cada vez vemos isso acontecer menos, mas ainda há um ou outro caso a registar que se coloca ligaduras, faz-se garrote e depois quando o doente chega ao pé de nós vem com sinais de compressão.” (E5)</i></p> <p><i>“A hemorragia (...) se isso acontecer há uma serie de atividades que se tem que ter. Primeiro que todo é parar a hemorragia, não é? Como é que se para a hemorragia num orifício onde esteve introduzida uma agulha e está a sangrar? É por o dedo lá em cima e não retirar até parar a hemorragia. Caso contrário há outra forma de a abordar que é a questão da terapêutica.” (E6)</i></p>
Hematomas no local do acesso vascular (1);	<p><i>“Os hematomas podem ser graves o suficiente para a pessoa recorrer à urgência, se for por exemplo uma situação de pós cirurgia, pós intervenção àquele acesso. Isto é feito em cirurgia de ambulatório a pessoa muitas vezes, vai para casa e pode desenvolver ali um hematoma, pode ser grave e pode ter que recorrer à urgência.” (E4)</i></p>

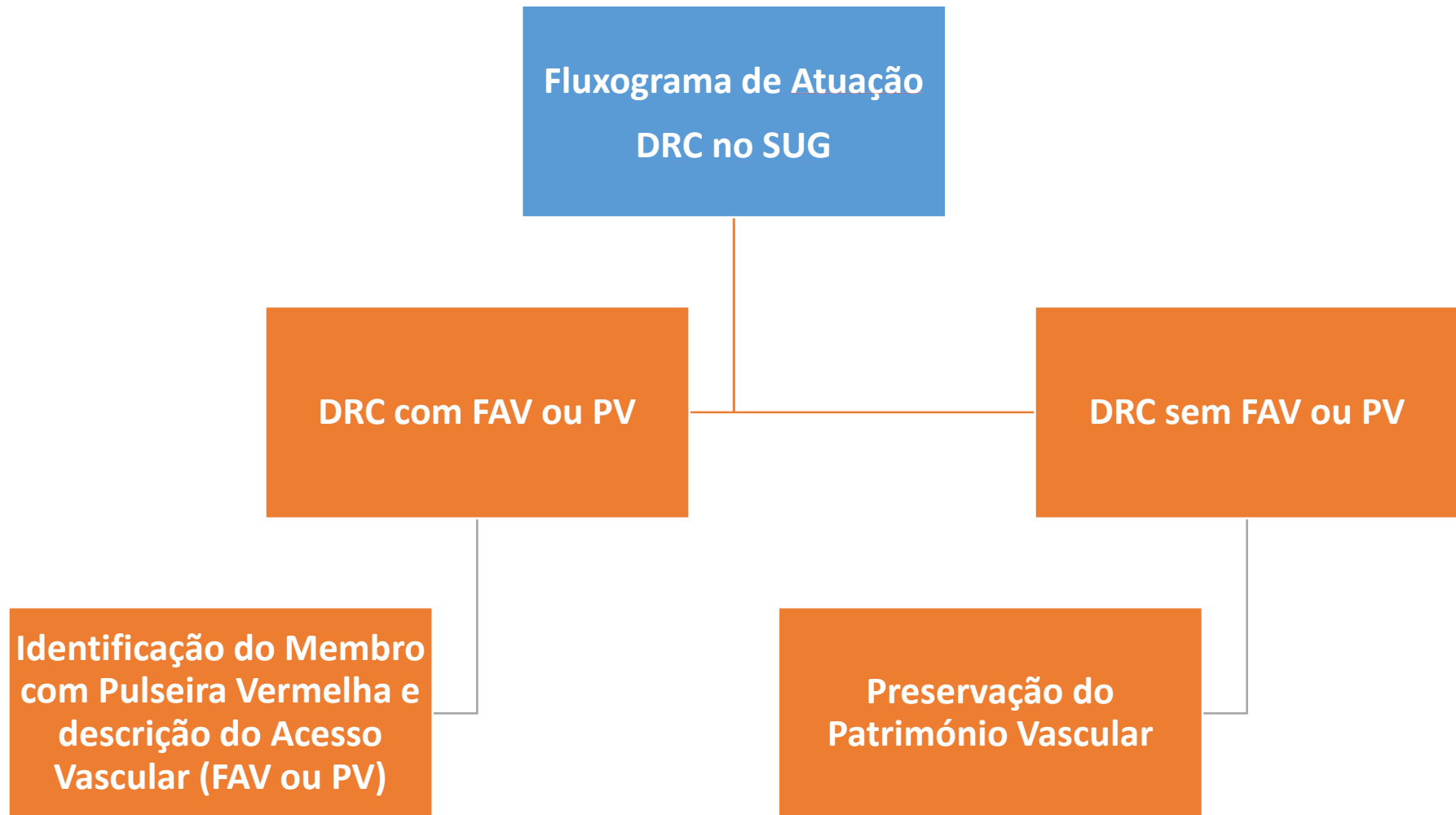
Categoria Encontrada	Subcategoria	Exemplos de Unidade de Registo
Utilização do acesso vascular de hemodiálise central (CVC de HD) como acesso venoso em situação de urgência/emergência	Sim (5);	<p><i>“(…), eu não concordo que o cateter seja utilizado para outros fins sem ser para a diálise. Mas em situação de emergência, penso que em primeiro lugar está estabilizar o doente (...)” (E2)</i></p> <p><i>“(…) em situações de emergência em que não existem outras alternativas, penso que sim, pode e deve ser utilizado.” (E4)</i></p>
	Não (1);	<p><i>“Ora bem, isso está preconizado e defendo que devem ser os enfermeiros que detém conhecimento a manusear o cateter. Se por acaso se existe lá algum enfermeiro (a) que tenha conhecimentos nessa área, não vejo inconveniente, numa situação de emergência utilizá-lo, agora caso contrário não.” (E6)</i></p>

Categoria Encontrada	Subcategoria	Exemplos de Unidade de Registo
Intervenções de enfermagem necessárias para salvaguardar o acesso vascular central e não provocar malefício ao doente	Cuidados relacionados com a heparinização do cateter (6);	<p><i>“(…),nunca ficam só salinizados porque ficam também sempre obstruídos. Portanto tentamos sempre (...) lavar o cateter com soro e só depois então heparinizar de maneira a (...) que não fiquem aderências, não é? Para depois numa próxima sessão de diálise podermos aspirar a heparina que lá colocámos sempre com uma margem de segurança para que não se vá injetar para o doente o anticoagulante, neste caso a heparina.” (E2)</i></p> <p><i>“(…), quando se deixa de utilizar convém heparinizar” (E3)</i></p> <p><i>“os colegas tem que saber que o cateter está heparinado com heparina pura, nós usamos heparina não diluída, portanto vai ter que se fazer uma aspiração desse anticoagulante. E se</i></p>

		<p><i>possível, preferencialmente fazer também uma lavagem com soro antes de administração de qualquer terapêutica.” (E4)</i></p> <p><i>“(…) nunca na vida podemos administrar nada num cateter, retirar sempre a heparina que habitualmente preenche a quantidade do ramo, que diz lá.” (E6)</i></p>
	Assepsia (6);	<p><i>“Máximo de assepsia, esterilização (…) usar material esterilizado, usar o máximo de assepsia” (E2)</i></p> <p><i>“a assepsia o mais possível dentro de uma situação de emergência, (…)” (E3)</i></p> <p><i>“Tem haver essencialmente cuidado com a assepsia, manter a assepsia, não provocar uma infecção à posteriori que levasse a retirar aquele cateter, colocar novo cateter, para além da própria infecção, são sempre procedimentos dolorosos para o doente.” (E5)</i></p>
	Utilização do ramo venoso (5);	<p><i>“Preferencialmente, será o venoso, porque será sempre o de entrada” (E5)</i></p>

Apêndice IX

Fluxograma de Atuação Aquando a Entrada de um doente com
FAV ou Prótese Vascular no SU



Apêndice X

Ação de Formação aos Enfermeiros do SU

PLANO DE SESSÃO

Curso: Ação de Formação aos Enfermeiros do SU – *“Cuidados de Enfermagem para a Manutenção dos Acessos Vasculares de Hemodiálise no Serviço de Urgência”*

Formador: Paulo Tiago Costa Martins

Data: 27 de fevereiro de 2015

Duração: 60 minutos

Objetivos da Sessão: Apresentação do projeto e formação acerca da temática dos acessos vasculares de HD

Recursos e Meios: Método expositivo com recurso a PowerPoint e participação aberta entre formador e formando

Estratégias de Avaliação: Utilizado o modelo para avaliação da sessão em vigor no Centro Hospitalar

CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA A MANUTENÇÃO DOS ACESSOS VASCULARES DE HEMODIÁLISE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

DOCENTE:

PROF.ª MARIA EULÁLIA NOVAIS

DISCENTE:

PAULO MARTINS

27 de fevereiro de 2015

ÍNDICE

1. Identificação do Projeto e Instituições Envolvidas
2. Objetivos
3. Justificação do Âmbito do Projeto
4. Realidade do Serviço de Urgência
5. Quadro Conceptual
6. Metodologia Projeto
7. Opinião dos Enfermeiros Peritos
8. Acessos Vasculares para Hemodiálise
9. Conclusão

I. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO E INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

- **Título:** *Cuidados de Enfermagem para a Manutenção dos Acessos Vasculares de Hemodiálise no Serviço de Urgência*
- **Palavras-chave:** Cuidados de Enfermagem, Acessos Vasculares de Hemodiálise, DRC
- **Instituição Envolvida:** Centro Hospitalar
 - Serviço de Nefrologia
 - Unidade Cuidados Intensivos
 - Serviço de Urgência Geral

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Contribuir como enfermeiro especialista para a melhoria da prática de cuidados de enfermagem à pessoa com acesso vascular de hemodiálise no serviço de urgência.

Objetivo Específico

- Aprofundar conhecimentos na área da DRCT e acessos vasculares de HD;
- Desenvolver competências como enfermeiro especialista na abordagem à pessoa com DRC e família.

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Promover comportamentos de acordo com a melhor evidência científica na prática de cuidados, junto da equipa de enfermagem do serviço de urgência, no que respeita à manutenção de acessos vasculares de hemodiálise.

Objetivo Específico

- Identificar quais as temáticas que os enfermeiros peritos em HD e acessos vasculares consideram importantes englobar no plano de formação dos enfermeiros do SU;
- Capacitar a equipa de enfermagem do SU para uma prática de cuidados de enfermagem mais consciente e orientada, no que respeita à manutenção de acessos vasculares de HD.

3. JUSTIFICAÇÃO DO ÂMBITO DO PROJETO

- O envelhecimento populacional é um fenómeno que tem vindo a afirmar-se ao longo das últimas décadas.

Minayo, M. C. S. & Coimbra Jr., C. E. A. (2002). *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz

- A previsão dos demógrafos é de que no ano de 2050, 1/3 da população a nível mundial tenha uma idade superior a 60 anos.

World Health Organization (2012). *Definition of an older or elderly person*. Geneva: WHO

3. JUSTIFICAÇÃO DO ÂMBITO DO PROJETO

- O aumento da expectativa de vida acarreta algumas repercussões, expondo a população a um maior risco de desenvolver doenças crónicas.

World Health Organization (2002). *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action*. Geneva: WHO

- As doenças não transmissíveis são as principais causas de morte no mundo, matando mais pessoas cada ano do que todas as outras causas combinadas.

World Health Organization (2010). *Global status report on noncommunicable diseases*. Geneva: WHO

3. JUSTIFICAÇÃO DO ÂMBITO DO PROJETO

A preocupação crescente com o envelhecimento da população e o aumento das doenças crónicas, exige respostas enquadradas criando um novo paradigma para os serviços de saúde.

Sousa, J. (2005). A doença crónica e o desafio da comorbilidade. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 21, 533-534

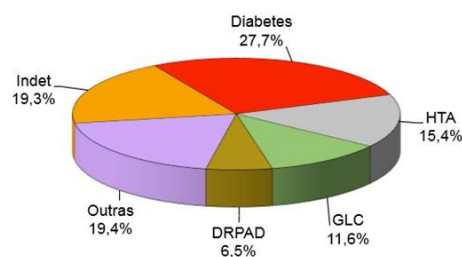
3. JUSTIFICAÇÃO DO ÂMBITO DO PROJETO

- A população com DRCT tem aumentado nos últimos anos, em parte pelo envelhecimento da população e pelo aumento das doenças crónicas como a diabetes mellitus e a hipertensão arterial, que estão entre as principais causas da DRCT.

Kasumoto, L., Marques, S., Haas, V. & Rodrigues, R. (2008). Adultos e Idosos em Hemodialise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. *Acta Paulista Enfermagem*, 21, 152-159

3. JUSTIFICAÇÃO DO ÂMBITO DO PROJETO

Etiologia da DRC nos doentes prevalentes em 2013 (HD e DP)

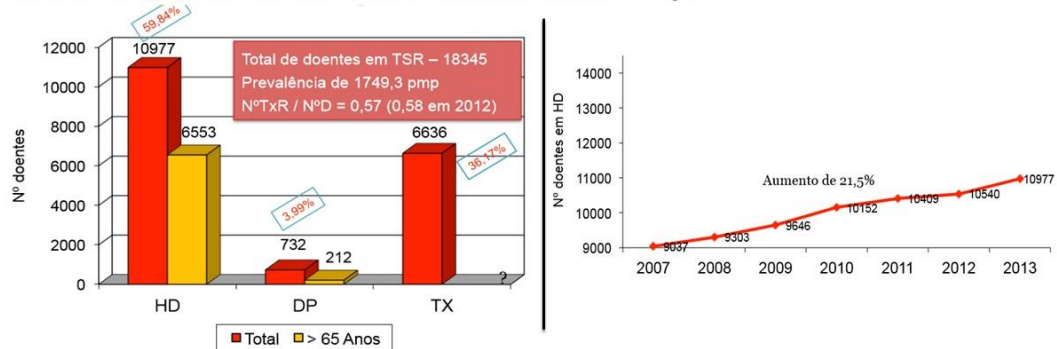


Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2014). *Relatório Anual de 2013 do Gabinete de Registo do Tratamento da Doença Renal Terminal*. SPN

N = 11709
177 sem dados

3. JUSTIFICAÇÃO DO ÂMBITO DO PROJETO

- Em Portugal, a hemodiálise é a modalidade dialítica de eleição



Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2014). *Relatório Anual de 2013 do Gabinete de Registo do Tratamento da Doença Renal Terminal*. SPN

3. JUSTIFICAÇÃO DO ÂMBITO DO PROJETO

- A disfunção do acesso vascular representa, sensivelmente, 20% das hospitalizações dos doentes em diálise, com consequências elevadas a nível dos custos para o sistema de saúde.

Allon, M., & Robbin, M. (2002). Increasing Arteriovenous Fistulas in Hemodialysis Patients: problems and solutions. *Kidney International*, 62,1109-1124

3. JUSTIFICAÇÃO DO ÂMBITO DO PROJETO

- Em Portugal, desconhecem-se estudos que quantifiquem o custo das complicações do acesso vascular.

Sousa, C. N. (2012). Cuidar da Pessoa com Fístula Arteriovenosa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(1), 11-17

- Segundo a Sociedade Portuguesa de Nefrologia citado por Ponce (1998) a falência do acesso vascular originaria mais de 500 internamentos/ano, ou cerca de 3500 diárias de internamento.

Sousa, C. N. (2012). Cuidar da Pessoa com Fístula Arteriovenosa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(1), 11-17

3. JUSTIFICAÇÃO DO ÂMBITO DO PROJETO

- Os enfermeiros são os profissionais de saúde, em virtude da natureza dos seus cuidados, que contactam diretamente com a FAV e manipulam o acesso vascular da pessoa com DRCT em tratamento hemodialítico. Desta forma, é essencial que estes profissionais desenvolvam habilidades para avaliar e diagnosticar todas as alterações que possam ocorrer com a FAV.

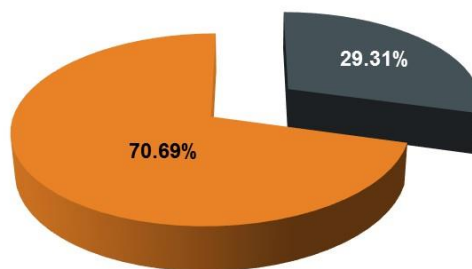
Sousa, C. N. (2012). Cuidar da Pessoa com Fístula Arteriovenosa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(1), 11-17

3. JUSTIFICAÇÃO DO ÂMBITO DO PROJETO

- Conhecimento reduzido acerca de cuidados específicos e possíveis complicações de um acesso vascular de hemodiálise;
- Ausência de estratégias de forma a preservar e monitorizar o membro da fístula arteriovenosa no SU;
- Uniformizar os cuidados de enfermagem aos cateteres centrais de hemodiálise.

4. REALIDADE DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

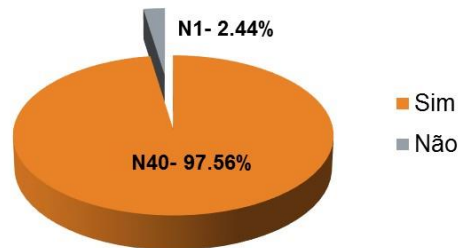
- Nº de Enfermeiros no Serviço de Urgência – 58 Enfermeiros
- Amostra que participou no questionário – **41 Enfermeiros**



4. REALIDADE DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

QUESTIONÁRIO

- Considera necessário adquirir mais conhecimento / competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa portadora de acessos vascular para hemodiálise no Serviço de Urgência?



4. REALIDADE DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

QUESTIONÁRIO

- Consegue enumerar dificuldades sentidas na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa portadora de acesso vascular para hemodiálise (fístula arteriovenosa; prótese vascular; cateter central provisório e de longa duração) no Serviço de Urgência?

4. REALIDADE DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

INEXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

N1 – 2.44%

FALTA DE FORMAÇÃO

N4 – 9.76%

4. REALIDADE DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA A MANUTENÇÃO DO CVC DE HD

- REALIZAÇÃO DO PENSO – **N6 (14.63%)**
- ASSEPSIA – **N5 (12.20%)**
- HEPARINIZAÇÃO DO CATETER – **N14 (34.15%)**

N34 –
82.93%

4. REALIDADE DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA A MANUTENÇÃO DO CVC DE HD

- ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICA – **N26 (63.41%)**
- COLHEITA DE SANGUE – **N1 (2.44%)**
- MANUSEAMENTO DO CATETER CENTRAL PROVISÓRIO DE HD COM TRIPLO LÚMEN – **N4 (9.76%)**

N34 –
82.93%

4. REALIDADE DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA A MANUTENÇÃO DA FAV / PRÓTESE

- PENSOS NAS FAV / PRÓTESES VASCULARES – **N3 (7.32%)**
- CUIDADOS A TER COM O MEMBRO DO ACESSO VASCULAR – **N10 (24.39%)**
- EXAME FÍSICO AO MEMBRO DO ACESSO VASCULAR – **N3 (7.32%)**
- IDENTIFICAÇÃO DO MEMBRO DO ACESSO VASCULAR – **N4 (9.76%)**

N21 –
51.22%

4. REALIDADE DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

REALIZAÇÃO DE ENSINOS AO DOENTE E FAMÍLIA

N1 – 2.44%

RELAÇÃO TERAPÊUTICA DIFÍCIL

N1 – 2.44%

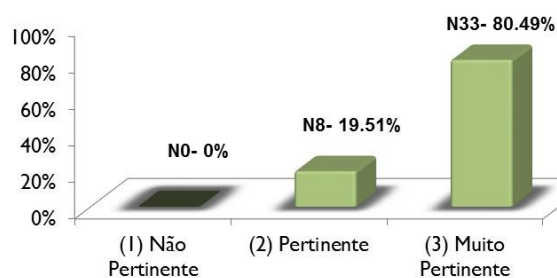
CONTROLE DE HEMORRAGIA NA FAV / PRÓTESE VASCULAR

N7 –
17.07%

4. REALIDADE DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

QUESTIONÁRIO

- Classifique de 1 a 3 o grau de pertinência da temática, sendo que 1 é não pertinente, 2 pertinente e 3 muito pertinente.



5. QUADRO CONCEPTUAL

- Doença Renal Crónica Terminal
- Hemodiálise como modalidade de tratamento da Doença Renal Crónica Terminal
- Acessos Vasculares de Hemodiálise
- Papel do Enfermeiro na Manutenção do Acesso Vascular de Hemodiálise (Modelo Teórico Collière)

6. METODOLOGIA PROJETO

Questão de Investigação

Quais os Cuidados de Enfermagem para a Manutenção do Acesso Vascular de Hemodiálise no Serviço de Urgência?

Tipo de Estudo

Estudo Qualitativo Exploratório Descritivo

6. METODOLOGIA PROJETO

1º Fase

- Revisão Sistemática da Literatura;
- Aplicação de um questionário aos enfermeiros do SU de forma a aferir a pertinência da temática em estudo.
- Realização de entrevistas para obter a opinião de enfermeiros peritos em HD e acessos vasculares, sobre quais os principais cuidados de enfermagem para uma adequada manutenção dos acessos vasculares de HD no SU;
- Recolha e tratamento de dados.

6. METODOLOGIA PROJETO

Enfermeiro Perito

Tendo por base os níveis de competência de Benner, o último nível, **Perito**, é caracterizado pela grande capacidade de julgamento, intervindo e gerindo situações complexas de uma forma simplista. Os enfermeiros que se enquadram neste nível possuem grande experiência profissional.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora

6. METODOLOGIA PROJETO

2º Fase

- Tratamento dos dados recolhidos anteriormente (grau de concordância entre a opinião dos peritos com a revisão narrativa da literatura);
- Elaboração de uma ação formativa aos enfermeiros do SU, sobre os cuidados de enfermagem para a manutenção dos acessos vasculares de HD.

6. METODOLOGIA PROJETO

Atividades a Desenvolver

- Ação formativa, com a temática, Cuidados de Enfermagem para a Manutenção dos Acessos Vasculares de HD no SU, estruturada com base nas temáticas resultantes da análise de conteúdo às entrevistas aos enfermeiros peritos;
- Elaboração de um documento com linhas orientadoras relativas aos cuidados de enfermagem aos cateteres venosos centrais para HD e execução de penso, com o objetivo de uniformizar os cuidados de enfermagem e minimizar os riscos de infeção;

6. METODOLOGIA PROJETO

Atividades a Desenvolver (Continuação)

- Elaboração de um fluxograma de atuação aquando a entrada de um doente com fistula arteriovenosa ou prótese no SU;
- Elaboração de um fluxograma de atuação, para a utilização do cateter venoso central de HD como acesso vascular no SU.

7. OPINIÃO DOS ENFERMEIROS PERITOS EM NEFROLOGIA

Intervenções de enfermagem indispensáveis para uma manutenção adequada do acesso vascular de hemodiálise no serviço de urgência

- Identificação do membro do acesso vascular;
- Exame físico ao membro da fistula;
- Posicionamentos;
- Remoção dos pensos da técnica dialítica;
- Assepsia nos cuidados aos CVC para hemodiálise.

O que avaliar e fazer no exame físico ao membro do acesso vascular de hemodiálise

- Observação;
- Palpação;
- Auscultação.

Complicações possíveis do acesso vascular de hemodiálise

- Acesso vascular parado (não funcional);
- Sinais de infeção;
- Hemorragia do acesso vascular;
- Hematomas no local do acesso vascular.

Intervenções de enfermagem necessárias para salvaguardar o acesso vascular central e não provocar malefício ao doente, em caso de utilização em situações urgentes/emergentes

- Cuidados relacionados com a heparinização do cateter;
- Assepsia;
- Utilização do ramo venoso.

ACESSO VASCULAR

8. ACESSO VASCULAR

Acesso Vascular e a Hemodiálise

- A hemodiálise é a modalidade predominante de terapia de substituição renal.

McCann, M., Einarsdóttir H., Van Waeleghe, J. P., Murphy, F., Sedgewick, J. (2008). Vascular access management 1: an overview. *Journal of Renal Care* 34(2), 77-84.

- O acesso vascular é indispensável para a concretização da hemodiálise. Assim sendo, para a realização de uma hemodiálise eficaz, é fundamental haver um acesso vascular que funcione adequadamente, com baixos índices de complicações e uma elevada taxa de longevidade.

McCann, M., Einarsdóttir, H., Van Waeleghe, J. P., Murphy, F., Sedgewick J. (2008). Vascular access management 1: an overview. *Journal of Renal Care* 34(2), 77-84.

Allsopp, K. (2011). Caring for Patients with Kidney Failure. *Emergency Nurse* 18(10), 12-16

8. ACESSO VASCULAR

Acesso Vascular e a Hemodiálise

- O acesso à circulação para tratamento dialítico de repetição é um dos aspetos mais importantes da hemodiálise crónica em DRCT, até porque as complicações relacionadas com o acesso vascular para hemodiálise são responsáveis por 25% dos internamentos e por 50% dos custos hospitalares neste grupo de doentes.

Carvalho, T. F., Ponce, P., Jorge, G. L., Videira, L., Santos, A. & Morais, J. A. (2011). Acessos Vasculares. In Fresenius Medical Care (Org.). *Manual de Hemodiálise para Enfermeiros* (pp.121-149). Lisboa: Almedina.

8. ACESSO VASCULAR

Acesso Vascular e a Hemodiálise

- Enfermagem parte integrante da equipa multidisciplinar, tem um papel importante na gestão do acesso vascular.

McCann, M., Einarsdóttir H., Van Waeleghe, J. P., Murphy, F., Sedgewick, J. (2008). Vascular access management 1: an overview. *Journal of Renal Care* 34(2), 77-84.

- O papel da enfermagem é complexo e essencial; quer na formação à pessoa sobre os cuidados de manutenção do acesso vascular, como também na vigilância do acesso vascular. Os enfermeiros tem a responsabilidade de detetar complicações o mais precocemente possível, de forma a permitir uma intervenção atempada.

Allen, L. (2014). Temporary lines versus permanent access for haemodialysis patients. *Journal of Renal Nursing* 6(4), 169-173.

8. ACESSO VASCULAR

Acesso Arteriovenoso

- Fístula Arteriovenosa (FAV)
- Prótese Vascular (PV)

Acesso Venoso

- Cateter Venoso Central (CVC)



Fístula Arteriovenosa



Prótese Vascular



Cateter Venoso Central

McCann, M., Einarsdóttir H., Van Waelegheem, J. P., Murphy, F., Sedgewick, J. (2008). Vascular access management 1: an overview. *Journal of Renal Care* 34(2), 77-84.

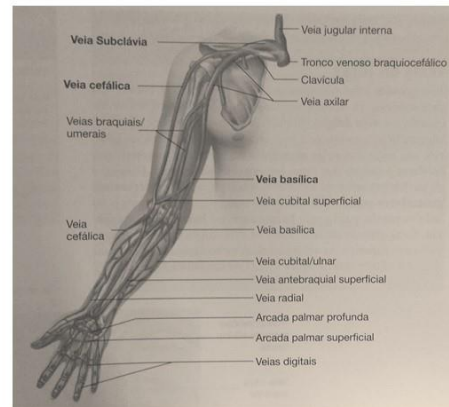
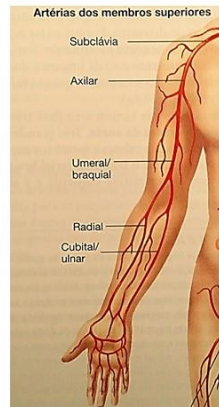
8. ACESSO VASCULAR

Sistema Arterial

- Artéria Radial;
- Artéria Cubital/Ulnar;
- Artéria Braquial/Umeral.

Sistema Venoso

- Veia Cefálica;
- Veia Basílica.



Seeley, R. R.; Stephens, T. D. & Tate, P. (2005). *Anatomia & Fisiologia*. (6ª Edição). Loures: Lusociência.

8. ACESSO VASCULAR

Preservação da Rede Vascular no DRC com Função Renal Preservada

- Evitar punção venosa e administração de terapêutica endovenosa;
- Usar a rede venosa dorsal (dorso da mão preferencialmente) para punção venosa e administração de terapêutica endovenosa;
- A veia subclávia não deve ser utilizada para colocação de CVC;
- Durante o internamento em doente com indicação para terapêutica endovenosa, a punção venosa não deve ser feita em locais mais prováveis de construção de acesso vascular;
- Educação ao doente e família;
- Formação a toda a equipa multidisciplinar do serviço/hospital sobre as medidas necessárias para a preservação da rede vascular dos doentes renais crónicos.

McCann, M., Einarsdóttir H., Van Waeleghem, J. P., Murphy, F., Sedgewick, J. (2008). Vascular access management 1: an overview. *Journal of Renal Care* 34(2), 77-84.

8. ACESSO VASCULAR

- A FAV é o acesso vascular de eleição. Os doentes com PV ou CVC apresentam maiores índices de complicações como a infeção e trombose, assim como maiores taxas de hospitalizações e mortalidade.

McCann, M., Einarsdóttir H., Van Waeleghem, J. P., Murphy, F., Sedgewick, J. (2008). Vascular access management 1: an overview. *Journal of Renal Care* 34(2), 77-84.

McCann M., Einarsdottir H., Van Waeleghem J.P., Murphy F., Sedgewick J. (2010). Vascular access management III: Central venous catheters. *Journal of Renal Care* 36(1), 25-33.

Carvalho, T. F., Ponce, P., Jorge, G. L., Videira, L., Santos, A. & Morais, J. A. (2011). Acessos Vasculares. In Fresenius Medical Care (Org.). *Manual de Hemodiálise para Enfermeiros* (pp.121-149). Lisboa: Almedina.

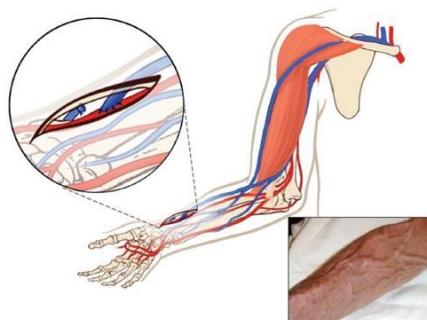
8. ACESSO VASCULAR

- O melhor acesso vascular para hemodiálise é a FAV construída ao nível do punho, e que resulta de uma anastomose entre a artéria radial e a veia cefálica.
- A construção da FAV ou PV deve ser feita no membro superior não dominante, inicialmente o mais distal possível. Os membros inferiores são menos desejáveis, uma vez que são mais propensos a infecção, trombose e isquémia.

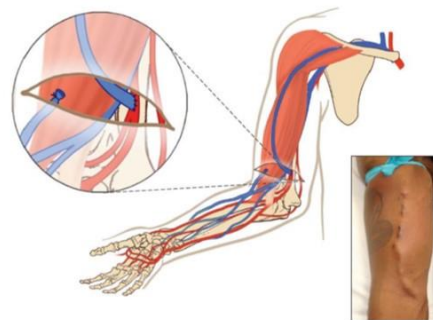
McCann, M., Einarsdóttir H., Van Waelegheem, J. P., Murphy, F., Sedgewick, J. (2008). Vascular access management 1: an overview. *Journal of Renal Care* 34(2), 77-84.

Carvalho, T. F., Ponce, P., Jorge, G. L., Videira, L., Santos, A. & Morais, J. A. (2011). Acessos Vasculares. In Fresenius Medical Care (Org.). *Manual de Hemodiálise para Enfermeiros* (pp.121-149). Lisboa: Almedina.

8. ACESSO VASCULAR



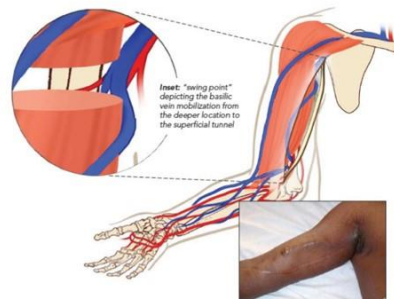
FAV Radiocefálica



FAV Braquiocefálica

McCann, M., Einarsdóttir H., Van Waelegheem, J. P., Murphy, F., Sedgewick, J. (2008). Vascular access management 1: an overview. *Journal of Renal Care* 34(2), 77-84.

8. ACESSO VASCULAR



Transposição da Veia Basílica da FAV

McCann, M., Einarsdóttir H., Van Waelegheem, J. P., Murphy, F., Sedgewick, J. (2008). Vascular access management 1: an overview. *Journal of Renal Care* 34(2), 77-84.

8. ACESSO VASCULAR

Rede Arterial

- Artéria deverá ser capaz de fornecer fluxo sanguíneo (inflow);
- Não comprometer a circulação distal.

Rede Venosa

- Veia deverá permitir fluxo sanguíneo (outflow). O aumento do fluxo de sangue a nível do segmento venoso originará a sua dilatação e desenvolvimento da sua parede, isto designa-se **arterialização da veia**, e permitirá as condições necessárias à prática de hemodiálise.

McCann, M., Einarsdóttir H., Van Waelegheem, J. P., Murphy, F., Sedgewick, J. (2008). Vascular access management 1: an overview. *Journal of Renal Care* 34(2), 77-84.

Sousa, C. N. (2009). *Cuidar da Pessoa com Fístula Arteriovenosa: Dos Pressupostos Teóricos aos Contextos das Práticas*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado. Porto.

8. ACESSO VASCULAR

Fluxo Sanguíneo da FAV depende:

- Débito Cardíaco;
- Fluxo Arterial;
- Fluxo Venoso.

Sousa, C. N. (2009). *Cuidar da Pessoa com Fístula Arteriovenosa: Dos Pressupostos Teóricos aos Contextos das Práticas*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado. Porto.

8. ACESSO VASCULAR

- O exame físico pós-construção do acesso vascular permite detetar/localizar complicações ou prevenir situações que possam comprometer o desenvolvimento da FAV/PV

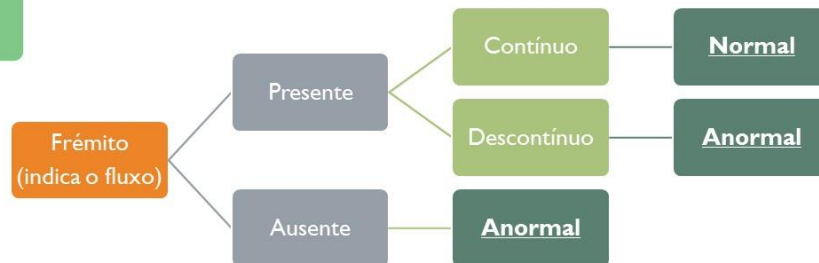


McCann, M., Einarsdóttir, H., Van Waeleghe, J. P., Murphy, F., Sedgewick J. (2008). Vascular access management 1: an overview. *Journal of Renal Care* 34(2), 77-84.

Sousa, C. N. (2009). *Cuidar da Pessoa com Fístula Arteriovenosa: Dos Pressupostos Teóricos aos Contextos das Práticas*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado. Porto

8. ACESSO VASCULAR

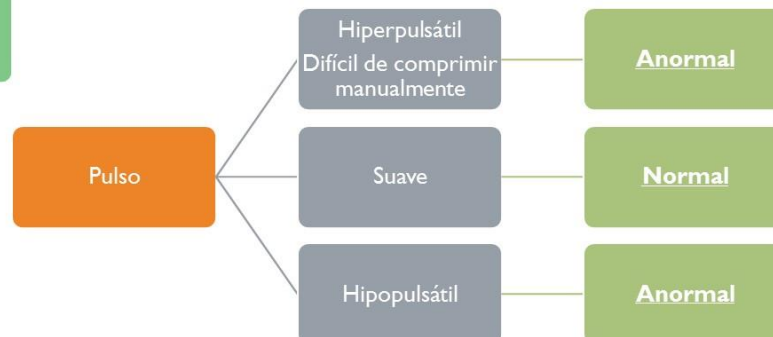
Palpação



National Kidney Foundation (2006). *KDOQI Clinical Practice Guidelines and Clinical Practice Recommendations for 2006 Updates: Hemodialysis Adequacy, Peritoneal Dialysis Adequacy and Vascular Access*. Nova Iorque: National Kidney Foundation.

8. ACESSO VASCULAR

Palpação



National Kidney Foundation (2006). *KDOQI Clinical Practice Guidelines and Clinical Practice Recommendations for 2006 Updates: Hemodialysis Adequacy, Peritoneal Dialysis Adequacy and Vascular Access*. Nova Iorque: National Kidney Foundation.

8. ACESSO VASCULAR

Observação

- Avaliação de Sinais de Infecção;
- Avaliação da Mão;
- Avaliação de Sinais de Estenose Venosa Central;
- Veias visíveis e colaterais;
- Teste de Elevação do Braço;
- Teste de Aumento do Pulso.

8. ACESSO VASCULAR

Observação

Avaliação de Sinais de Infecção

- O processo infeccioso do acesso vascular pode ser identificado pela presença de sinais inflamatórios como a elevação da temperatura local, rubor, febre e exsudado purulento na zona envolvente ao acesso.

McCann, M., Einarsdóttir, H., Van Waeleghem, J. P., Murphy, F., Sedgewick J. (2008). Vascular access management 1: an overview. *Journal of Renal Care* 34(2), 77-84.

Carvalho, T. F., Ponce, P., Jorge, G. L., Videira, L., Santos, A. & Morais, J. A. (2011). Acessos Vasculares. In Fresenius Medical Care (Org.). *Manual de Hemodiálise para Enfermeiros* (pp.121-149). Lisboa: Almedina.

8. ACESSO VASCULAR

Observação

Avaliação da Mão / Síndrome de Roubo

- Dor em repouso;
- Arrefecimento e cianose da extremidade do membro;
- Lesão trófica, podendo evoluir para úlcera necrótica.

Carvalho, T. F., Ponce, P., Jorge, G. L., Videira, L., Santos, A. & Morais, J. A. (2011). Acessos Vasculares. In Fresenius Medical Care (Org.). *Manual de Hemodiálise para Enfermeiros* (pp.121-149). Lisboa: Almedina.

Allen, L. (2014). Temporary lines versus permanent access for haemodialysis patients. *Journal of Renal Nursing* 6(4), 169-173.

8. ACESSO VASCULAR

Observação

Teste de Elevação do Braço (avalia o outflow da veia de drenagem)

- Com o braço para baixo, as veias estão preenchidas;
- Quando se eleva o braço as veias da fístula colapsam, caso contrário significa que há estenose venosa.

National Kidney Foundation (2006). *KDOQI Clinical Practice Guidelines and Clinical Practice Recommendations for 2006 Updates: Hemodialysis Adequacy, Peritoneal Dialysis Adequacy and Vascular Access*. Nova Iorque: National Kidney Foundation.

Ball, L. K. (2008). Fatal Vascular Access Hemorrhage: Reducing the odds. *Nephrology Nursing Journal*. 40(4), 297-303.

8. ACESSO VASCULAR

Observação

Teste de Aumento do Pulso (indica o infow)

- Compressão da veia de drenagem até desaparecimento do frémito. Se houver estenose justa anastomose, a veia de drenagem não se torna hiperpulsátil.

National Kidney Foundation (2006). *KDOQI Clinical Practice Guidelines and Clinical Practice Recommendations for 2006 Updates: Hemodialysis Adequacy, Peritoneal Dialysis Adequacy and Vascular Access*. Nova Iorque: National Kidney Foundation.

8. ACESSO VASCULAR

Complicações da FAV/PV:

- Trombose;
- Infecção;
- Estenos Venosa;
- Isquemia / Síndrome de Roubo;
- Aneurismas;
- Hemorragia.

8. ACESSO VASCULAR

Trombose

Deteção Precoce e Prevenção

- Hipotensão;
- Desidratação;
- Ausência de frémito/sopro;
- Presença de hipofluxo ou ausência de fluxo.

National Kidney Foundation (2006). *KDOQI Clinical Practice Guidelines and Clinical Practice Recommendations for 2006 Updates: Hemodialysis Adequacy, Peritoneal Dialysis Adequacy and Vascular Access*. Nova Iorque: National Kidney Foundation.

8. ACESSO VASCULAR

Trombose

Papel do Enfermeiro no SUG

- Monitorização da tensão arterial, evitar períodos prolongados de hipotensão;
- Exame Físico;
- Informar o médico;
- Articulação com o serviço de nefrologia.

8. ACESSO VASCULAR

Infeção

Deteção Precoce e Prevenção

- Sinais de rubor, dor, calor, edema e aumento da temperatura corporal.

National Kidney Foundation (2006). *KDOQI Clinical Practice Guidelines and Clinical Practice Recommendations for 2006 Updates: Hemodialysis Adequacy, Peritoneal Dialysis Adequacy and Vascular Access*. Nova Iorque: National Kidney Foundation.

8. ACESSO VASCULAR

Infeção

Papel do Enfermeiro no SUG

- Exame Físico;
- Informar o médico;
- Articulação com o serviço de nefrologia.

8. ACESSO VASCULAR

Estenose Venosa

Deteção Precoce e Prevenção

- Edema do membro do acesso vascular;
- Presença de circulação colateral sugere estenose/obstrução de veia de drenagem;
- Dificuldade na hemóstase pós sessão de hemodiálise;
- Alteração do frémito e pulso.

National Kidney Foundation (2006). *KDOQI Clinical Practice Guidelines and Clinical Practice Recommendations for 2006 Updates: Hemodialysis Adequacy, Peritoneal Dialysis Adequacy and Vascular Access*. Nova Iorque: National Kidney Foundation.

Ball, L. K. (2008). Fatal Vascular Access Hemorrhage: Reducing the odds. *Nephrology Nursing Journal*. 40(4), 297-303.

Carvalho, T. F., Ponce, P., Jorge, G. L., Videira, L., Santos, A. & Morais, J. A. (2011). Acessos Vasculares. In Fresenius Medical Care (Org.). *Manual de Hemodiálise para Enfermeiros* (pp.121-149). Lisboa: Almedina.

8. ACESSO VASCULAR

Estenose Venosa

Papel do Enfermeiro no SUG

- Realização do Exame Físico;
- Informar o médico;
- Articulação com o serviço de nefrologia.

Ball, L. K. (2008). Fatal Vascular Access Hemorrhage: Reducing the odds. *Nephrology Nursing Journal*. 40(4), 297-303.

Carvalho, T. F., Ponce, P., Jorge, G. L., Videira, L., Santos, A. & Morais, J. A. (2011). Acessos Vasculares. In Fresenius Medical Care (Org.). *Manual de Hemodiálise para Enfermeiros* (pp.121-149). Lisboa: Almedina.

8. ACESSO VASCULAR

Síndrome de Roubo

Deteção Precoce e Prevenção

- Dor em repouso;
- Arrefecimento e cianose da extremidade do membro;
- Lesão trófica, podendo evoluir para úlcera necrótica.

Carvalho, T. F., Ponce, P., Jorge, G. L., Videira, L., Santos, A. & Morais, J. A. (2011). Acessos Vasculares. In Fresenius Medical Care (Org.). *Manual de Hemodiálise para Enfermeiros* (pp.121-149). Lisboa: Almedina.

Allen, L. (2014). Temporary lines versus permanent access for haemodialysis patients. *Journal of Renal Nursing* 6(4), 169-173.

8. ACESSO VASCULAR

Síndrome de Roubo

Papel do Enfermeiro no SUG

- Realização do Exame Físico;
- Informar o médico;
- Articulação com o serviço de nefrologia.

8. ACESSO VASCULAR

Aneurismas

Deteção Precoce e Prevenção

- Dilação segmentar de um vaso sanguíneo envolvendo toda a parede vascular, desenvolvendo com frequência em artérias e veias arterializadas para hemodiálise.

Carvalho, T. F., Ponce, P., Jorge, G. L., Videira, L., Santos, A. & Morais, J. A. (2011). Acessos Vasculares. In Fresenius Medical Care (Org.). *Manual de Hemodiálise para Enfermeiros* (pp.121-149). Lisboa: Almedina.

8. ACESSO VASCULAR

Aneurismas

Papel do Enfermeiro no SUG

- Realização do Exame Físico – identificar um aumento súbito do aneurisma;
- Informar o médico;
- Articulação com o serviço de nefrologia.

8. ACESSO VASCULAR

Hemorragia

Não é uma complicação frequente nas FAV e PV mas a ocorrer pode ser fatal para o doente.

Ball, L. K. (2008). Fatal Vascular Access Hemorrhage: Reducing the odds. *Nephrology Nursing Journal*. 40(4), 297-303.

8. ACESSO VASCULAR

Hemorragia

Papel do Enfermeiro no SUG

- Compressão direta nos locais de punção (zona de ruptura/de hemorragia) pelo menos durante 10 minutos;
- Elevação do membro.

NÃO COLOCAR LIGADURA DE FORMA A FAZER UM PENSO COMPRESSIVO, PIORA

O PROGNÓSTICO E AGRAVA A HEMORRAGIA

Ball, L. K. (2008). Fatal Vascular Access Hemorrhage: Reducing the odds. *Nephrology Nursing Journal*. 40(4), 297-303.

8. ACESSO VASCULAR

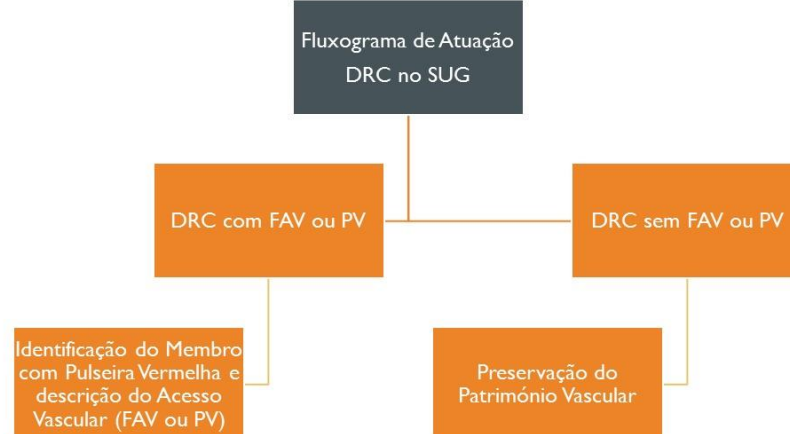
Cuidados de Enfermagem para a Manutenção/Preservação do Acesso Vascular:

- Identificação do membro do acesso vascular;
- Exame Físico – Observar e Palpar;
- Reconhecer e relatar sinais de infeção;
- Evitar posicionamentos para o lado do membro do acesso vascular;
- Evitar utilização de roupas apertadas;
- Não puncionar e avaliar tensão arterial no membro do acesso vascular;
- Remover os pensos das sessões dialíticas 6 horas depois.

McCann, M., Einarsdóttir, H., Van Waeleghe, J. P., Murphy, F., Sedgewick J. (2008). Vascular access management 1: an overview. *Journal of Renal Care* 34(2), 77-84.

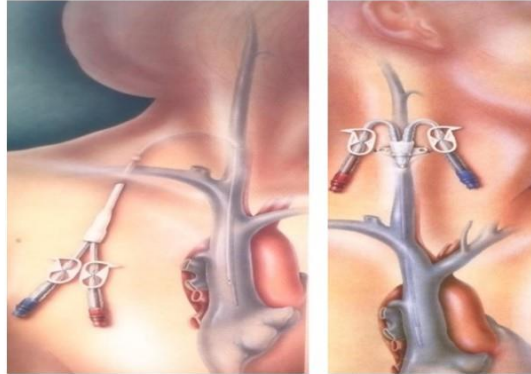
Allen, L. (2014). Temporary lines versus permanent access for haemodialysis patients. *Journal of Renal Nursing* 6(4), 169-173.

8. ACESSO VASCULAR



8. ACESSO VASCULAR

Cateter Venoso Central de Hemodiálise



8. ACESSO VASCULAR

Cateter Venoso Central de Hemodiálise

- Maiores taxas de mortalidade, aumento da frequência de internamentos e aumento de infecções do acesso vascular quando comparado com a FAV.

McCann M., Einarsdottir H., Van Waelegheem J.P., Murphy F., Sedgewick J. (2010). Vascular access management III: Central venous catheters. *Journal of Renal Care* 36(1), 25-33.

- Na Europa a taxa de incidência dos doentes a iniciar hemodiálise através de CVC é de 46%.

McCann M., Einarsdottir H., Van Waelegheem J.P., Murphy F., Sedgewick J. (2010). Vascular access management III: Central venous catheters. *Journal of Renal Care* 36(1), 25-33.

8. ACESSO VASCULAR

Complicações do CVC:

- A infecção é a segunda causa principal de morte no DRCT com CVC;
- A equipa de enfermagem tem um papel fulcral na prevenção de infeção no DRCT com CVC, através de políticas de saúde baseadas na melhor evidência científica.

McCann M., Einarsdottir H., Van Waelegheem J.P., Murphy F., Sedgewick J. (2010). Vascular access management III: Central venous catheters. *Journal of Renal Care* 36(1), 25-33.

8. ACESSO VASCULAR

Assepsia na Manipulação do CVC de HD

“(...) garantir a assepsia na manipulação (...)” (E5)

“(...),respeitando as regras de assepsia, por muito à pressa que se trabalhe há coisas que são prioritárias, e isto é prioritário, o penso de um cateter central é uma situação prioritária, (...)” (E3)

FAZER O PENSO DO CVC DE HD SÓ SE HOVER NECESSIDADE, CASO CONTRÁRIO O PENSO É FEITO NAS SESSÕES DE HD

8. ACESSO VASCULAR

Utilização do CVC de HD em situações de Urgência/Emergência

9. CONCLUSÃO

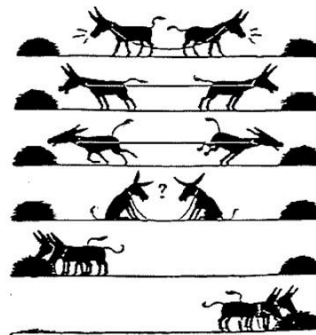
Benefícios da manutenção/vigilância dos Acessos Vasculares:

- Reduzir a incidência de trombose;
- Aumento o tempo de vida do acesso vascular;
- Redução da morbidade/hospitalizações;
- Melhorar a qualidade de vida dos doentes;
- Redução dos custos para a saúde.

9. CONCLUSÃO

- A profissão de enfermagem deverá procurar a excelência do exercício profissional, prevenindo as complicações para a saúde das pessoas. Para tal é necessário intervir, minimizando os riscos para a pessoa, detetando precocemente problemas potenciais e resolvendo e minimizando problemas reais;

O SUCESSO DA MANUTENÇÃO DO ACESSOS VASCULAR DE
HEMODIÁLISE DEPENDE...



TRABALHO EM EQUIPA

Apêndice XI

Póster – Cateter Venoso Central de Hemodiálise no Serviço de
Urgência

CATETER VENOSO CENTRAL DE HEMODIÁLISE NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

SITUAÇÕES EMERGENTES “LIFE SAVING”

O CATETER VENOSO CENTRAL DE HEMODIÁLISE PODE SER UTILIZADO COMO ACESSO VENOSO EM SITUAÇÕES URGENTE/EMERGENTES

É NECESSÁRIO

**GARANTIR UMA
ATUAÇÃO SEGURA**

GARANTIR A ASSEPSIA

**REMOVER A HEPARINA RESIDUAL DOS
LÚMENES DO CATETER
ASPIRAR 10ML DE CADA LÚMEN**

**LAVAR OS LÚMENES COM 20 ML DE SORO
FISIOLÓGICO**

**PROTEGER OS LÚMENES DO CATETER COM AS
SERINGAS ADAPTADOS OU TAMPAS**

UTILIZAR PREFERENCIALMENTE O RAMO VENOSO

**APÓS UTILIZAÇÃO LAVAR OS LÚMENES
COM SORO FISIOLÓGICO**

**HEPARINIZAR COM HEPARINA PURA
CONFORME INDICAÇÃO NOS LÚMENES DO
CATETER**

**CONFIRMAR CLAMPAGEM E PROTEGER DE FORMA
ASSÉPTICA OS LÚMENES**

Autor:
Enf.º Paulo Martins – Aluno da Especialidade do 5º Curso Médico-Cirúrgico vertente Nefrologia
Orientador:
Enf.ª Sílvia Teixeira
Enf.ª Inês Raposo
Docente:
Professora Eulália Novais

ANEXOS

Anexo I

Autorização para a Implementação do Projeto pela Direção de
Enfermagem do Centro Hospitalar

Exma. Sra. Enf.^a Diretora
Centro Hospitalar [REDACTED]

ASSUNTO: Pedido de autorização para a realização do projeto *“Cuidados de Enfermagem para a Manutenção dos Acessos Vasculares de Hemodiálise no Serviço de Urgência”*, e para a consulta de dados informatizados no programa [REDACTED].

Exma. Sra. Enf.^a Diretora [REDACTED],

Eu, Paulo Tiago Costa Martins, enfermeiro a exercer funções no Serviço de Urgência Geral, [REDACTED], a frequentar o curso de pós-licenciatura em enfermagem médico-cirúrgica, vertente nefrológica, na escola superior de enfermagem de Lisboa, encontro-me a desenvolver um projeto subordinado ao tema *“Cuidados de Enfermagem para a Manutenção dos Acessos Vasculares de Hemodiálise no Serviço de Urgência”*.

Venho por este meio solicitar autorização para aceder a dados informatizados no [REDACTED], de forma a realizar algumas análises estatísticas relacionadas com tema.

Responsabilizo-me a garantir o cumprimento de todos os procedimentos éticos, inerentes a este tipo de projeto, nomeadamente o respeito pela confidencialidade e anonimato dos dados.

Deste modo, fico ao vosso dispor para eventuais questões.

Atenciosamente e com os melhores cumprimentos.

Setúbal, 5 de Junho de 2014

Enf.º Paulo Martins

N.º Mecanográfico [REDACTED]

Número de telemóvel 962576548

Contato e-mail: paulo_ess@hotmail.com

Autorizado
Enfermeira [assinatura]

APRECIÇÃO DE PROJETOS		DESPACHO
ÁREA	Enfermagem "Cuidados de Enfermagem para a Manutenção dos Acessos Vasculares de Hemodiálise no Serviço de Urgência"	
AUTOR (ES)	Paulo Tiago Costa Martins / paulo_ess@hotmail.com/ tlm: 962576548	
ENTIDADE ACADÉMICA	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa Curso de Pós-licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica (vertente nefrológica)	
ORIENTADORES	Prof.ª Maria Saraiva	
SERVIÇO	Serviço de Urgência Geral	
TIPO DE PROJETO	Projeto Intervenção-ação	
RESUMO	Projeto de intervenção no âmbito dos cuidados de enfermagem na manutenção dos acessos vasculares de hemodiálise. É definido como objetivo geral contribuir para a melhoria da prática de cuidados de enfermagem à pessoa com acesso vascular de hemodiálise, no serviço de urgência geral (SUG) através da promoção de comportamentos que visem esta melhoria. O autor define como principais atividades a desenvolver a realização de formação, elaboração de documento com linhas orientadoras e fluxogramas de atuação no âmbito dos cuidados de enfermagem à pessoa com acesso vascular de hemodiálise.	
OBSERVAÇÕES	O autor pretende articular com os enfermeiros do serviço de nefrologia, através de entrevistas semiestruturadas, por forma a identificar os pontos chave para o planeamento/realização das ações formativas no SUG. O autor responsabiliza-se a garantir o cumprimento de todos os procedimentos éticos, inerentes à realização do projeto, nomeadamente no respeito pela confidencialidade e anonimato dos dados.	
AUTORIZAÇÕES	Projeto autorizado por: - [assinatura], P'lo Enf. Chefe do Serviço de Urgência Geral; - [assinatura], Diretora do Serviço de Urgência Geral.	
Reunida e analisada a documentação e cumprindo as observações constantes neste documento, entende-se não existirem razões que impeçam o desenvolvimento do projeto proposto, pelo que se sugere o seu deferimento.		

SGF – Área de Enfermagem

19/09/2014,



Anexo II

Transcrição das Entrevistas Aplicadas aos Enfermeiros Peritos

Entrevista – Enfermeiro 1 (E1)

E. Muito boa tarde, o meu nome é Paulo Martins, sou enfermeiro e estou a frequentar o curso de Pós licenciatura e Mestrado Médico-cirúrgico vertente Nefrologia.

No sentido de adquirir e desenvolver competências inseridas num continuum de aprendizagem como enfermeiro, este trabalho assenta numa experiência profissional adquirida ao longo dos últimos 7 anos em ambiente de urgência intra-hospitalar e naquilo que é a prestação de cuidados à pessoa com doença renal a vivenciar processos de doença aguda, crónica e crónica agudizada. Deste modo, definiu-se como área de estudo ***“Cuidados de Enfermagem para a Manutenção dos Acessos Vasculares de Hemodiálise no Serviço de Urgência”***, pelo interesse pessoal que esta área me desperta, mas especialmente porque considero que esta é uma problemática de extrema relevância no serviço de urgência (SU).

Assim sendo, os objetivos gerais que pretendo alcançar através deste trabalho são: (1) contribuir como enfermeiro especialista para a melhoria da prática de cuidados de enfermagem à pessoa com acesso vascular de hemodiálise (HD) no serviço de urgência; (2) promover comportamentos de acordo com a melhor evidência científica na prática de cuidados, junto da equipa de enfermagem do serviço de urgência, no que respeita à manutenção de acessos vasculares de hemodiálise.

Por forma a atingir os objetivos do presente trabalho, pretendo articular conhecimentos com enfermeiros peritos em nefrologia e, através destes, identificar os conhecimentos específicos que são importantes e necessários para uma melhor prática de enfermagem na manutenção dos acessos vasculares de HD no SU. A articulação com os enfermeiros peritos irá ser feita através da presente entrevista.

Vimos assim convidá-la a participar neste estudo, através da realização da entrevista, que é anónima e onde nos comprometemos a assegurar a confidencialidade dos dados.

Agradeço desde já a sua disponibilidade para colaborar e pergunto-lhe se aceita participar neste trabalho?

E1. Claro que aceito acho o tema muito importante e pertinente.

E. Autoriza a gravação da presente entrevista?

E1. Claro, Sim senhora.

E. Começo por lhe perguntar a sua idade?

E1. 40 anos, tenho 40 anos.

E. Há quanto tempo trabalha?

E1. Sou enfermeira há cerca de 18 anos, trabalho mais especificamente no serviço de hemodiálise, portanto nefrologia há cerca de 6 anos já vou a caminho dos 7 anos daqui a 2 meses. E essa situação de trabalhar na hemodiálise foi para mim inicialmente para questões familiares e depois acabou por ser de grande interesse da minha parte, porque após 6 meses de estar aqui neste serviço, acabei por achar que tinha que adquirir conhecimento na área da nefrologia. Então umas das oportunidades que me foi dada pela enfermeira chefe do serviço, foi fazer uma pós graduação em nefrologia, a primeira pós graduação que existe, que abriu na altura foi na ESEL e então concorri, acabei por entrar. Pós graduação que se transformou depois em especialidade, então fiz o primeiro curso de especialidade Médico-cirúrgico vertente nefrologia na ESEL. Alias que está a frequentar. Foi aí que adquiri no fundo todos os meus conhecimentos, além de adquirir também conhecimentos e prática com as minhas colegas muito mais antigas aqui do serviço.

E. Como adquiriu a formação específica na área do acesso vascular de HD?

E1. Fiz formação específica na área do acesso vascular e também o meu tema de escolha da minha pós licenciatura da minha especialidade foi sobre os acessos vasculares, portanto a manutenção, ou seja, a preservação e a manutenção do acesso vascular após a sua construção no bloco operatório, portanto, também visa um bocadinho este tema que o colega está a abordar.

E. Passando agora para a temática do trabalho que lhe apresentei há pouco, considera a temática em estudo pertinente e relevante, fazendo sentido desenvolver-se esta área para o serviço de urgência?

E1. Eu acho que sim, que é importante por vários motivos, vocês normalmente recebem todo o tipo de doentes, não há escolha possível, portanto tudo o que acontece vai parar à urgência e muitas das vezes veem então esses doentes portadores de acessos vasculares para hemodiálise cujo agente sabe que temos de ter imenso cuidado e temos que ter alguma perícia para poder cuidar desses acessos e para poder verificar se esses acessos estão permeáveis ou não. E acho que efetivamente no serviço de urgência em que existe imensos enfermeiros, não é? No meio de muita gente é bom que acha efetivamente

alguns peritos nesta área que possam, por exemplo em cada equipa saber avaliar o acesso e saber cuidar de um braço ou de um acesso deste tipo de doentes, acho que sim.

E. Seguindo esta linha de raciocínio considera ser necessário a elaboração de um fluxograma de atuação aquando a entrada de um doente portador de acesso vascular de HD (FAV/Prótese/CVC de HD) no serviço de urgência?

E1. Sim, ou um fluxograma ou efetivamente um procedimento quer seja de uma forma ou de outra, não é? Pode ser em forma de fluxograma ou de outro tipo de procedimento que possa efetivamente ajudar os colegas do serviço de urgência a lidar com esse tipo de situação. Concordo com isso até porque, nós sabemos perfeitamente bem que o acesso vascular para os doentes que fazem hemodiálise é um bocadinho a vida deles, portanto convém saber proteger este acesso, e convém saber atuar em situação de urgência / emergência e concordo plenamente que haja esta formação ou esta preocupação de redigir ou de realizar algo que possa ajudar nesse sentido.

E. Para a colega qual seria a melhor estratégia?

E1. Eu acho que à entrada do doente, também é assim depende de muita coisa, o doente quando entra pela reanimação muitas das vezes nós não estamos ali a olhar se tem uma fístula se não tem, ele chega ali é colocar a braçadeira é monitorizar é picar um acesso, porque no fundo é ali a reanimação, é mesmo como a palavra diz é Reanimar. Muitas das vezes não olhamos para esse tipo de pormenores. No que diz respeito a situações de urgências que não são emergências não é? Eu acho que efetivamente agente poderia encontrar determinadas soluções como a identificação do braço com uma braçadeira diferente, como por exemplo, identificar a maca do doente ou a cadeira do doente que é um doente insuficiente renal que já é portador de uma fístula ou de um cateter para hemodialise. Como por exemplo, eu vi em tempos nos Estados Unidos, as pessoas que tinham um acesso vascular, tinham uma espécie de mangueira, de manga, uma espécie de manga que ponham no braço que tinha o acesso, portanto uma manga como as batas descartáveis. Era uma manga que se colocava e sabiam que aquele acesso, que aquele braço não era para mexer. Portanto existem muitas soluções que possam ajudar os enfermeiros do serviço de urgência e os médicos também, porque eles fazem gasometrias e também fazem outros procedimentos, a identificar o membro do utente. O membro e não só e o que é um doente insuficiente renal e que também podem preservar a rede venosa mesmo que não seja portador de acessos, não é?

E. Quais as intervenções de enfermagem que considera mais importantes e indispensáveis para uma manutenção adequado do acesso vascular de HD (FAV/Prótese/CVC de HD) no serviço de urgência?

E1. Pronto, eu acho que a primeira coisa é identificar o braço do acesso. A identificação que o doente, que aquela pessoa é portador de um acesso vascular. A partir do momento que o enfermeiro da urgência identifica, depois tem que saber ver sinais, quer sinais de infecção, quer sinais de permeabilidade e de funcionamento normal, vamos dizer do acesso. E acho que isso é importante e isso tem que constar no fluxograma. Portanto é assim, a primeira coisa é verificar o sopro, o frémito, se estamos a falar de prótese ou de uma fístula, identificar se é uma fístula ou uma prótese distal ou proximal, se efetivamente ela funciona, portanto saber identificar o sopro o frémito e ver se há sinais inflamatórios, se o braço está edemaciado se está cianosado, se há temperatura, não é? Se ali rubor se está avermelhado. Esses sinais tem que ser todos vistos com a maior brevidade, para se efetivamente se o acesso está a sofrer algum desses sintomas, para o tratar o mais rapidamente possível e não só isso para identificar o braço para evitar o uso daquele braço.

E. Pronto já percebemos que a identificação é muito importante.

E1. É primordial.

E. Porque evita posteriormente más práticas, como utilizar aquele acesso para puncionar, ver tensão arterial no membro do acesso. Relativamente aos posicionamentos acha que é importante alguma intervenção ou aquele membro pode ser posicionado, podemos posicionar o doente para aquele lado? Não podemos?

E1. O que se recomenda e as guidelines também recomendam, as guidelines de 2006 e agora as de 2010 recomendam que não convém. O doente sabe, o próprio doente, é feito o ensino aquando a construção do acesso, a maior parte das vezes esse ensino é feito ainda no pós-operatório e normalmente esses doentes continuam a manter este ensino ao longo do tempo. Agora é assim, por exemplo um doente que vai para a urgência que muita das vezes está limitado se calhar está com dores e acaba por se contorcer na maca ou na cadeira é obvio que o enfermeiro tem que ter o cuidado de verificar que o doente não está deitado em cima daquele braço, ou que o doente, por exemplo não está a ter um garrote, não está ser garrotado por qualquer motivo que seja, com roupa porque tem um edema do braço, ou tem, ou vem com edemas generalizado por causa de uma alergia, ou por causa

de uma situação qualquer. Portanto é verificar efetivamente que não existe ali alguma coisa a garrotar a fazer edema, que o doente não está deitado em cima daquele braço e identificar realmente isso é que é mesmo fundamental, o braço é vigia-lo para ver se está tudo bem com aquele acesso.

E. A enfermeira há pouco falou já aqui um bocadinho do exame físico e acabou já por responder à minha próxima pergunta, considera então o exame físico importante, mesmo que o doente esteja num ambiente de urgência o exame físico deve ser tido em conta pelos enfermeiros do serviço de urgência?

E1. É importante. Porque, eu vou-lhe dar um exemplo, você tem um doente que entra na urgência que efetivamente faz um edema, um edema pulmonar, ou faz uma hipotensão por hipovolémia, pronto qualquer motivo. Se o doente vai fazer uma hipotensão ou se tem uma hipovolémia obrigatoriamente a tensão baixa e o acesso pode parar. O acesso é a vida daquele doente, se aquele acesso para, obrigatoriamente aquele doente tem que colocar um cateter de urgência para fazer diálise. Portanto é assim, é bom que os enfermeiros, ou determinados enfermeiros, como por exemplo os enfermeiros especialistas do serviço de urgência ou o chefe de equipa, ou enfermeiros que tenham disponibilidade e que tenham interesse nessa área também, saibam palpar um acesso, isto é fundamental, porquê? Porque se um acesso está parado quanto mais depressa detetado a disfunção do acesso mais depressa é tentado resolver o problema deste acesso e mais viabilidade tem este acesso de sobrevivência, portanto é fundamental alguém na urgência ou os elementos da urgência serem formados no sentido de saberem o que é o sopro o que é o frêmito e para que é serve aquele acesso e a importância daquele acesso para aquele doente.

E. Então, na sua opinião isso devia ser feito em todos os turnos, uma vez por dia, sempre que a situação hemodinâmica do doente o justifique?

E1. Deve ser feito por exemplo se o doente está internado em SO, ou quando chega à urgência é fazer uma vigilância, uma primeira avaliação. Uma avaliação uma vez por dia chega, agora é óbvio que se o doente está instável e que acaba por entrar em hipotensão ou que surja outros problemas relativamente à doença dele, não só ao acesso mas à doença, à evolução da doença dele, é óbvio que cada momento agente tenha que avaliar.

E. Sempre que a situação piorar ou alterar alguma deve ser feito um exame físico.

E1. Isso mesmo, a primeira coisa a pensar o doente está em hipotensão, o acesso pode parar, se o acesso pode parar vamos verificar. Isto tem que ser uma coisa tipo pensar – fazer, quer para não, mesmo para isso, para evitar esse tipo de situações.

E. Em relação ao exame físico acha pertinente o exame físico a ser feito no serviço de urgência por enfermeiros não sensibilizados, em princípio, para este tipo de exame, a observação, palpação e auscultação devem estar presentes neste exame físico? E se estão na sua opinião, se devem estar presentes, que sinais em cada uma delas devemos ter em conta?

E1. Quando observámos um acesso é fundamental e acho que sim que a formação devia ser dada a todos os elementos da urgência, não quer no entanto dizer que acha pessoas mais especializadas na área do que todos os enfermeiros, é óbvio é que por isso se calhar está a tirar a especialidade, efetivamente pelo seu interesse pela nefrologia é capaz de ser mais importante ou interessante do que outro colega que está desperto para outro tipo de situação, não é? Agora é assim, por exemplo, na observação efetivamente vigiar o membro, portanto se não há cianose, se não há, basta só observar o membro do acesso, se não há cianose, se não há sinais de infeção, portanto edema, rubor, calor, vigiar se as extremidades dos dedos, para ver se não há um síndrome de roubo, ou se efetivamente o acesso está com um disfunção e vesse logo ali a falta de débito, ou na palpação por exemplo. Depois na vigilância, não é? Estava-me a falar...

E. Observação, palpação e auscultação.

E1. A palpação é efetivamente explicar aos colegas e para isso ensinar neste sentido o que é a palpação do acesso. Portanto o que é o sopro, o que é o frémito. O que é que, quando é que o sopro é normal ou quando não é. Portanto é sempre palpar, a parte distal, a parte proximal, a parte mediana e verificar efetivamente se existe continuidade do sopro, se existe efetivamente continuidade é porque o acesso está a funcionar bem. Levantar o membro por exemplo, para ver se efetivamente existe uma ingurgitação do acesso. Estes sintomas, estes sinais são todos muito importantes para agente verificar o bom funcionamento daquele acesso.

E. Pela sua experiência, quais são as complicações mais prováveis de um acesso vascular de hemodiálise, para as quais, e por serem as mais prováveis, os enfermeiros do serviço de urgência devem estar despertos e como proceder com essas complicações?

E1. Para mim vejo duas complicações graves no serviço de urgência é a hipotensão que pode provocar a paragem do acesso, e aí requer a situação não diria de urgência, mas de tentar reverter com maior brevidade a hipotensão para que o acesso não venha a parar. Portanto isto é muito importante, a paragem do acesso por hipotensão ou hipovolémia.

E os sinais de infeção, um acesso infetado é um acesso que não pode ser utilizado, portanto a partir do momento que o acesso está infetado e inutilizado, temos que partir para o cateter. Portanto tudo o que advém depois à colocação do cateter...

E. Então é a paragem do acesso...

E1. Para mim o mais importante acho que é paragem do acesso por situação de hipovolémia ou de hipotensão, não é? E a infeção, os sinais de infeção no acesso.

E. E agora pergunto-lhe relativamente ao cateter central como acesso vascular se concorda que ele seja utilizado como acesso venoso em situação de urgência. Imagine que temos uma situação urgência/emergência, se concorda que aquele acesso central de hemodiálise possa ser utilizado como acesso venoso?

E1. Vamos lá ver, é assim, como qualquer outro cateter, nós sabemos que na urgência também se coloca lá cateteres terapêuticos, não é? Como qualquer outro cateter, o cateter de hemodiálise é só dizer que tem os lúmenes diferentes, não é? Umas entradas, uns ramos diferentes, porque de resto é um cateter central como um cateter que é colocado numa jugular terapêutico de duplo ou triplo lúmen, é óbvio que temos que ter cuidados redobrados, não só para um cateter de diálise mas para um cateter terapêutico é assepsia, não é? O cuidado quando se manuseia aquele cateter, portanto em situação de *livesafing* em situação de não encontrar um acesso venoso rapidamente e se a vida do doente está em risco porque é que não se há-de utilizar o cateter que no fundo serve para diálise, mas que se o doente acabar por falecer já não se vai utilizar aquele cateter. Portanto se é para salvar a vida de uma pessoa, de um doente tem um cateter de diálise é para avançar.

E. Concorda que possa ser utilizado?

E1. Completamente.

E. Então e que intervenções de enfermagem são necessárias para salvaguardar o acesso vascular central e não provocar malefício ao doente? Já falou do manuseamento de forma asséptica, que outras é que são importantes, por exemplo, que ramo se utiliza, os cateteres são salinizados, que cuidados é que se tem que ter?

E1. Os cateteres terapêuticos são salinizados, os cateteres de hemodiálise são heparinizados. Portanto ou com heparina diluída ou com heparina pura. Normalmente o ramo que se utiliza mais, o que atua mais rapidamente é o ramo mais distal, ou seja, é o que tem acesso diretamente à veia, à jugular ou à subclávia onde é colocado o cateter, não é? Portanto utiliza-se o ramo venoso, portanto que é o que vai mais rápido para a circulação. Agora é assim, qualquer um dos ramos é viável, porque é que vão os dois exatamente para o mesmo calibre de veia, portanto não é por aí. Agora é óbvio que temos que manter exatamente a mesma assepsia, o mesmo cuidado como qualquer outro cateter terapêutico e isto agente sabe perfeitamente bem que existem procedimentos, e cuidados inerentes a este tipo de manuseamento. Agora é assim, claro que um cateter de hemodiálise é um cateter como ao outro, temos que ter determinados cuidados, em vez de salinizar heparinizamos, mas eu acho que efetivamente numa situação de emergência o cateter tem que ser utilizado.

E. Muito obrigado pela sua colaboração e pela sua disponibilidade.

E1. Espero que corra tudo bem, desejo-lhe muita sorte, obrigada.

E. Obrigado.

Entrevista – Enfermeiro 2 (E2)

E. Muito boa tarde, o meu nome é Paulo Martins, sou enfermeiro e estou a frequentar o curso de Pós licenciatura e Mestrado Médico-cirúrgico vertente Nefrologia.

No sentido de adquirir e desenvolver competências inseridas num continuum de aprendizagem como enfermeiro, este trabalho assenta numa experiência profissional adquirida ao longo dos últimos 7 anos em ambiente de urgência intra-hospitalar e naquilo que é a prestação de cuidados à pessoa com doença renal a vivenciar processos de doença aguda, crónica e crónica agudizada. Deste modo, definiu-se como área de estudo ***“Cuidados de Enfermagem para a Manutenção dos Acessos Vasculares de Hemodiálise no Serviço de Urgência”***, pelo interesse pessoal que esta área me desperta, mas especialmente porque considero que esta é uma problemática de extrema relevância no serviço de urgência (SU).

Assim sendo, os objetivos gerais que pretendo alcançar através deste trabalho são: (1) contribuir como enfermeiro especialista para a melhoria da prática de cuidados de enfermagem à pessoa com acesso vascular de hemodiálise (HD) no serviço de urgência; (2) promover comportamentos de acordo com a melhor evidência científica na prática de cuidados, junto da equipa de enfermagem do serviço de urgência, no que respeita à manutenção de acessos vasculares de hemodiálise.

Por forma a atingir os objetivos do presente trabalho, pretendo articular conhecimentos com enfermeiros peritos em nefrologia e, através destes, identificar os conhecimentos específicos que são importantes e necessários para uma melhor prática de enfermagem na manutenção dos acessos vasculares de HD no SU. A articulação com os enfermeiros peritos irá ser feita através da presente entrevista.

Vimos assim convidá-la a participar neste estudo, através da realização da entrevista, que é anónima e onde nos comprometemos a assegurar a confidencialidade dos dados.

Agradeço desde já a sua disponibilidade para colaborar e pergunto-lhe se aceita participar neste trabalho e se aceita que a entrevista seja gravada?

E2. Ok, aceito sim senhor.

E. Então pergunto-lhe inicialmente qual a sua idade?

E2. (Risos) 54 anos.

E. E há quanto tempo trabalha como enfermeira?

E2. Há 32 anos.

E. E na área da nefrologia, da prestação de cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal?

E2. Há 29 anos. Intra-hospitalar com alguns intervalos, mas em simultâneo há 29 anos.

E. Como adquiriu a formação específica na área do acesso vascular de HD? Autoformação, na prática, congressos...

E2. Mais na prática, quando iniciei, quando comecei a lidar com os doentes renais, a fazer hemodiálise foi em ambiente extra hospitalar. Portanto nunca, sempre que me aparecia algum doente com insuficiência renal na urgência não era eu que cuidava dele, não é? Mais tarde, depois de uns cerca de... já tinha alguma experiência de diálise 3, 4 anos, numa clínica privada, então sim, vim para o hospital. Mais tarde ainda quando se começava a realizar os acessos vasculares também nós acabávamos por perceber um bocadinho melhor como é que eles são feitos, apesar de lidarmos todos os dias com os acessos, uma coisa é acompanharmos desde a construção até à maturação e o desenrolar e o desenvolver dos acessos. Portanto a minha experiência foi essencialmente na prática.

E. Muito bem.

E2. Na prática de punção, de avaliação...

E. Muitos anos.

E2. Da técnica do desenvolver da diálise.

E. Agora relativamente à temática que lhe apresentei inicialmente, considera a temática em estudo pertinente e relevante, fazendo sentido desenvolver-se esta área para o serviço de urgência?

E2. Sim. Sim porque também trabalhei no serviço de urgência antes de...(risos) antes de trabalhar em diálise. Também me fazia muita confusão e muito...pronto...

E. Também havia muito pontos de interrogação?

E2. Sim, sim. Era algo que nós não estávamos habituados e não estávamos muito despertos para o tratamento do acesso vascular quando os doentes estavam na urgência.

E. Então, pergunto-lhe agora se acha que os doentes portadores do acesso vascular teriam alguma coisa a ganhar e se seria importante para estes doentes se houvesse um fluxograma de atuação aquando a entrada destes doentes? Ou seja, se todos estivéssemos sensibilizados e treinados para quando um doente renal crónico em programa de

hemodiálise portador de acesso vascular, aquando a entrada deste no serviço de urgência se desenvolvesse uma série de estratégias para melhor salvaguardar o acesso vascular e a vida deste doente.

E2. Sim acho que sim, acho que fazia sentido.

E. Acha que fazia sentido a criação de um fluxograma de atuação?

E2. Acho que sim. Acho que sim porque se o doente não está... O doente renal crónico está muito avisado para preservar o acesso dele, não é? E está sempre avisar, ahah a tensão não pode ser medida aqui, quando vai fazer análises ele próprio...mas isto quando ele está em condições de o fazer.

E. Pois, exatamente.

E2. O problema é quando não está em condições de o fazer, e muitas vezes nós vemos até, e acontece ainda, doentes com veias com soros canalizados no membro do acesso.

E. Na sua opinião qual é que poderia ser uma boa estratégia? Uma estratégia a seguir no serviço de urgência para melhor salvaguardar o acesso vascular do doente aquando a entrada.

E2. A identificação de que o doente pode ser insuficiente renal e não ter acesso, mas insuficiente renal faz hemodiálise tem um acesso vascular. Identificar a zona do acesso para evitar que acha...

E. Podia ser inicialmente por ai, e partir daí conseguia desenvolver...

E2. Sei que aquilo é complicado, porque os doentes são muitos e que é complicado também, mas pronto na identificação, no acolhimento que se faz identificar logo que o doente tem um acesso vascular.

E. Então, quando temos um doente portador de acesso vascular e aqui refiro-me a qualquer tipo de acesso, quer central, quer fístula ou prótese, no serviço de urgência, na sua opinião quais são as intervenções de enfermagem que podem fazer a diferença para manter e preservar o acesso vascular do doente?

Já falamos na identificação...

E2. Se for identificado, a partir daí consegue-se evitar que haja avaliações de tensões, que haja punções, que haja compressões que podem levar a trombose do acesso, não é?

E. Quando fala em compressões refere-se ao posicionamento?

E2. Ao posicionamento, se o doente tiver inconsciente e ficar muito...

E. Deve-se evitar então posicionar para o lado do membro do acesso vascular?

E2. Sim deve-se evitar, poderá desde que não faça garrote do vaso, mas é uma boa estratégia evitar punções, compressões. Muitas vezes vê-se que os doentes até fizeram diálise e levam os pensos. Esses pensos não devem ficar.

E. Então devem ser removidos, esses pensos?

E2. Sim devem ser removidos, cerca de..., se o doente faz diálise vai para a urgência no mínimo no dia seguinte de manhã quando for os cuidados de higiene retirar os pensos, não faz sentido que fiquem lá a fazer, porque ao fim ao cabo ficam a fazer compressão, logo para fazer uma hemóstase tem que fazer compressão, se eles ficarem 24 horas - 48 horas como muitas vezes acontece, estamos a fazer pressão num vaso do acesso vascular que pode levar à trombose do acesso.

E. Medida simples e que pode fazer a diferença.

E2. Medida simples e pode fazer a diferença, não lhe dá saúde (risos).

E. Agora pergunto-lhe se considera importante, já falámos em intervenções e enumerou uma série delas, e agora pergunto-lhe se considera importante o exame físico ao membro da pessoa portadora neste caso de fístula ou de prótese? Mesmo por profissionais não treinados, se houver uma formação específica nesta área, se o exame físico acaba por fazer sentido no serviço de internamento do serviço de urgência.

E2. Sim claro. Até faz sentido, porque quanto mais precoce se detetar alguma anomalia, mais precocemente também se atua e mais probabilidades temos de sucesso, não é? Faz sentido, coisas simples, não é? Uma infeção, uma inflamação, uma coisa tão simples que se consegue perceber mesmo por alguém não treinado, não é? E que quanto antes atuarmos melhor, não é?

E. E acha que o exame físico pode passar pela observação, como já referiu, mas pode também incluir a palpação e a auscultação?

E2. Pode, mas para isso também que ser...

E. Tem que haver formação?

E2. Tem que haver mais formação, não é? Para a pessoa estar desperta, sentir o que é um pulso, o que é um frémito.

E. Mas considera importante?

E2. É assim, eu considero mais importante o exame...

E. A observação?

E2. Por quem não estiver treinado a observação facilmente se deteta uma infeção, sei lá... um problema que visivelmente qualquer pessoa pode detetar, não é? De facto é importante claro, que se um acesso não estiver a funcionar, alguém treinado num instante que me consiga ouvir frémito ou que palpe e não sinta pulso, ou..., quanto antes se atuar melhor, não é? Mas pronto depois aí também há... tudo depende das situações de cada doente. Isto depois há prioridades, não é? Mas tanto na trombose como na infeção ou qualquer intercorrência que aconteça com o acesso vascular, quanto antes se atuar melhor, não é? Portanto qualquer pessoa que o possa detetar é sempre mais um ganho, não é?

E. Relativamente à observação, aqui o treinamento não é tão exigente?

E2. Exato, porque a observação...

E. Porque os sinais inflamatórios consegue-se observar.

E2. Exatamente, qualquer enfermeiro consegue observar.

E. A palpação e auscultação, relativamente ao exame físico podem ser importantes, mas tem que haver formação para sensibilizar os enfermeiros do serviço de urgência para estas particularidades do exame físico ao membro.

E2. Nem todas as... Há frémitos mais fortes que se conseguem identificar logo e há outros mais finos que se não for, se não se conseguir auscultar no sítio certo até nos parece que não está nada a funcionar ali e de facto o acesso até está funcionando. As PTFE até se for mais profundo ou menos profundo, tem que haver um bocadinho mais de treino e de... pronto tem que se, é uma particularidade, nós na nossa formação base não temos muito, fazemos os estágios mas são um bocadinho curtos, vá lá, e não estamos despertos para algumas coisas, não é? Como os acessos vasculares e muitas outras, não é?

E. Exatamente. Acha que o exame físico deveria ser feito em todos os turnos, uma vez dia, ou sempre que a situação o justifique, num doente que está internado em SO?

E2. Nunca está muitos dias, à partida. Eu penso que na fase inicial...

E. No acolhimento!

E2. No acolhimento, sim, e depois só se houver alguma dúvida ou sinais que leve a pensar que poderá evoluir para uma infecção, por exemplo, ou... aí deve ser mais frequente, se não, se... Aparentemente se estiver tudo bem, se não houver, acho que não é necessário também fazer uma vez por turno.

E. Uma vez dia, talvez?

E2. É continuar a vigiar mas sem aquela intensidade de haver risco que aquele acesso vai dar problemas, não é? Por exemplo, se for um politraumatizado, ou se for, tipo, uma cirurgia, como aquela doente fez uma cirurgia há sempre hipótese de... Imagina que ela tinha feito cirurgia e estava na urgência, não é? Temos que vigiar mais atentamente e mais a miúdo para evitar complicações, não é?

E. É um bocadinho também em função da estabilidade hemodinâmica do doente...

E2. E da situação em si.

E. E da situação em sim.

E2. E da situação... A maior parte dos nossos doentes, porque são crónicos também e estão treinados a fazer isso em casa, palpar, e são muitos deles que nos chegam a dizer que tem o acesso parado. Eles conseguem perceber, não é? A palpação também é importante, se não se palpar o pulso, qualquer coisa não está bem. Então aí tem que se perceber o que se passa, pedir ajuda alguém mais treinado.

E. Exatamente, pronto aqui a ideia do exame físico seria conseguir perceber atempadamente e o mais precocemente possível algum sinal que possa levar à paragem daquele acesso, e à falência daquele acesso, e conseguir relatar o mais precocemente possível às colegas, aqui da nefrologia, que são as pessoas mais indicadas para conseguir fazer uma avaliação mais pormenorizada do acesso.

E2. Que consiga perceber se o acesso está com problemas, para atuar o mais rápido possível.

E. Pela sua experiencia, quais são as complicações de um acesso vascular de hemodiálise, que nós no serviço de urgência, que nos possa aparecer e o que é que nós podemos fazer para atuar perante essa complicação?

E2. Pronto evitar o que já enumerei, se o acesso até pode estar muito bem, o doente até estar estável, mas se forem feitas algumas manobras invasivas e não aconselháveis o acesso pode vir a dar problemas porque...

E. Complicações que podem levar o doente ao serviço de urgência? Sabemos que agora não é tão frequente porque temos aqui o hospital de dia.

E2. Hipotensões, muitos doentes com hipotensão prolongada levam a que o acesso, às trombozes dos acessos.

E. Hemorragia é frequente?

E2. Sim a hemorragia.

E. Como é que se deve proceder? Fazer uma compressão normal?

E2. Hemorragia do acesso?

E. Sim.

E2. Compressão normal, não de demasiado, com demasiada pressão, mas o normal para que se consiga fazer a formação de coágulos, não é? Porque o que acontece se fizermos demasiada pressão, podemos mesmo colapsar o vaso e deixar de haver...

E. Pois...há essa particularidade quando comparada com outro tipo de hemorragias, não é?

E2. Comparando com outro tipo de hemorragias, sim. Nós estamos a fazer pressão de um vaso e podemos se fizermos uma pressão demasiado forte podemos fazer colapso do vaso, e deixa de haver o circuito de sangue. O acesso fica trombosado, ganha um trombo ali, e pronto, não... tem que se evitar fazer...

E. Já enumeramos a hipotensão, hemorragia, vê mais alguma complicação?

E2. Há muitas complicações...

E. Falamos também de infeção ao longo da entrevista.

E2. Sim infeção, a hemorragia, às vezes até por traumatismo, acidentes. Outras vezes até por...as hemóstases..., por vezes o doente fez diálise, faz a hemóstase vai para casa e depois volta a sangrar. E ele que até pode ser ele que faz a hemóstase habitualmente não estar a conseguir controlar. Portanto, antes de colocar a mão toda no membro para fazer parar a hemorragia, temos que ver bem onde é o local das punções, de onde é que ele está a sangrar e fazer pressão só nos sítios exatos.

E. Só no local?

E2. Só nos sítios exatos, porque se não, não adianta estamos a fazer pressão...

E. Vai continuar?

E2. Vai continuar a sangrar ou estamos a correr o risco de estar a colapsar o vaso sem ser no sítio certo.

E. Considera que em caso, ou concorda que em caso de urgência seja..., que possa ser utilizado o cateter central de hemodiálise como acesso venoso? Em situação de urgência / emergência, utilizar aquele acesso para administração de drogas...

E2. É assim, eu não concordo que o cateter seja utilizado para outros fins sem ser para a diálise. Mas em situação de emergência, penso que em primeiro lugar está estabilizar o doente e depois... Porque há sempre o risco... o risco de infeção é sempre maior, não é? E usar o cateter central, sem... como é que eu hei-de dizer, tem que haver um cuidado primordial no cateter central, não é?

E. Era isso que eu lhe ia perguntar.

E2. Máximo de assepsia, esterilização... usar material esterilizado, usar o máximo de assepsia. E depois não manipular o cateter assim diretamente, não é? Fazer como... eu penso que há doentes com... que entram em situações de emergência e que é preferível utilizar um cateter central que já está colocado, do que estar a colocar, porque os nossos doentes também tem acessos difíceis...

E. Pois à partida a rede venosa já está comprometida.

E2. Sim a rede venosa já está um bocadinho debilitada, e nem sempre é fácil atuar de emergência nestes doentes, não é. Se tiver um cateter central e para uma situação dessas, concordo que se utilize.

E. Pronto e que medidas é que são importantes serem tidas em conta para a sua utilização? Pronto já falou da assepsia, qual o ramo que se deve utilizar é indiferente?

E2. À partida utiliza-se o ramo venoso, mas qualquer um dos ramos.

E. E relativamente aos ramos, esses ramos costumam estar salinizados, heparinizados?

E2. Heparinizados.

E. Então temos que ter atenção, antes de utilizar de aspirar o conteúdo.

E2. Sim sempre, nunca ficam só salinizados porque ficam também sempre obstruídos. Portanto tentamos sempre que... lavar o cateter com soro e só depois então heparinizar de maneira a que todas as... que não fiquem aderências, não é? Para depois numa próxima

sessão de diálise podermos aspirar a heparina que lá colocámos sempre com uma margem de segurança para que não se vá injetar para o doente o anticoagulante, neste caso a heparina.

E. Considera que em caso realmente de emergência que esse acesso central possa ser utilizado, mas este conjunto de medidas, a assepsia, a atenção relativamente...

E2. A atenção que é um cateter central que está heparinizado.

E. Atenção relativamente à heparina.

E2. Provavelmente, não sei se, mas os colegas da urgência também, se um doente vem da rua com um cateter também estão despertos...já sabem...

E. À partida, sim, sim...

E2. Os cateteres centrais, os doentes não andam aí com cateter central, não é?

E. À partida sim, mas pronto nunca é demais reforçar a importância...

E2. Os nossos doentes também usam cateter central mas que já é bocadinho..., que é tunelizado, que é um cateter que tem uma inserção não diretamente no vaso mas vai por via subcutânea e depois então, portanto é... está um pouco mais protegido (risos) do que um cateter central dos outros, mesmo os terapêuticos, não é? Apesar de serem mais finos, os lúmenes são mais finos, mas de qualquer maneira... Normalmente os doentes não vão para casa com os cateteres centrais, não é? (Risos)

E. (Risos) Exatamente. Pronto conclui assim a minha entrevista, agradeço desde já, mais uma vez, a sua colaboração e disponibilidade.

E2. De nada.

E. Muito obrigado.

E2. E depois é assim sempre que houver dúvidas e nós estivermos para funcionar, acho que não custa muito, um telefonema, uma informação, um pedido de, (risos), um esclarecimento, às vezes coisinhas tão simples...

E. Que podem fazer a diferença...

E2. Exatamente que se podem resolver com sucesso, não é?

E. Obrigado.

E2. Ora essa...

Entrevista – Enfermeiro 3 (E3)

E. Muito boa noite, o meu nome é Paulo Martins, sou enfermeiro e estou a frequentar o curso de Pós licenciatura e Mestrado Médico-cirúrgico vertente Nefrologia.

No sentido de adquirir e desenvolver competências inseridas num continuum de aprendizagem como enfermeiro, este trabalho assenta numa experiência profissional adquirida ao longo dos últimos 7 anos em ambiente de urgência intra-hospitalar e naquilo que é a prestação de cuidados à pessoa com doença renal a vivenciar processos de doença aguda, crónica e crónica agudizada. Deste modo, definiu-se como área de estudo ***“Cuidados de Enfermagem para a Manutenção dos Acessos Vasculares de Hemodiálise no Serviço de Urgência”***, pelo interesse pessoal que esta área me desperta, mas especialmente porque considero que esta é uma problemática de extrema relevância no serviço de urgência (SU).

Assim sendo, os objetivos gerais que pretendo alcançar através deste trabalho são: (1) contribuir como enfermeiro especialista para a melhoria da prática de cuidados de enfermagem à pessoa com acesso vascular de hemodiálise (HD) no serviço de urgência; (2) promover comportamentos de acordo com a melhor evidência científica na prática de cuidados, junto da equipa de enfermagem do serviço de urgência, no que respeita à manutenção de acessos vasculares de hemodiálise.

Por forma a atingir os objetivos do presente trabalho, pretendo articular conhecimentos com enfermeiros peritos em nefrologia e, através destes, identificar os conhecimentos específicos que são importantes e necessários para uma melhor prática de enfermagem na manutenção dos acessos vasculares de HD no SU. A articulação com os enfermeiros peritos irá ser feita através da presente entrevista.

Vimos assim convidá-la a participar neste estudo, através da realização da entrevista, que é anónima e onde nos comprometemos a assegurar a confidencialidade dos dados.

Agradeço desde já a sua disponibilidade para colaborar e pergunto-lhe se aceita participar neste trabalho e se aceita que a entrevista seja gravada?

E3. Com certeza.

E. Começo por lhe perguntar a sua idade?

E3. 50 anos.

E. Há quanto tempo é que trabalha como enfermeira?

E3. Como enfermeira há 26 anos.

E. E há quanto tempo é que trabalha na prestação de cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal em programa regular de hemodiálise?

E3. Trabalho há 24 anos, tendo feito uma interrupção de quatro anos nestes 24.

E. Há 24 anos?

E3. Sim há 24 anos. (Risos)

E. (Risos) Muitos anos. Como é que adquiriu a formação específica na área do acesso vascular de hemodiálise?

E3. Na área do acesso, eu fiz inicialmente uma formação de trezentas e umas quantas horas em diálise em doente renal, em diálise, em que foi falado dos acessos vasculares, mas de há 24 anos para agora a evolução que houve, quer nos monitores, também nos acessos, foi uma coisa abismal. Depois temos feito, nós aqui no serviço fazemos muita formação e vamos... vamos fazendo formação em serviço e com o termos um bloco de construção de acessos também fomos ganhando outros conhecimentos, fomos aprofundando, e foi aprofundado os meus conhecimentos, quer autonomamente quer em conjunto com a equipa porque, nós vamos fazendo formação continua e fomos aprendendo e ganhando conhecimentos dos acessos assim, muito com a formação e muito também com a prática, sem dúvida.

E. Considera a temática apresentada pertinente e relevante, fazendo sentido desenvolver-se esta área no serviço de urgência?

E3. Mas sem dúvida. Sem dúvida. Alias porque, muitas vezes nós não temos a noção, nós devemos começar a preservar um acesso vascular antes de haver o acesso vascular. Muitas vezes, nós nem sabemos se aquele doente vai vir a ser um futuro doente renal, se nós podermos preservar o património vascular dele, pensando que num futuro mesmo longínquo, possa ocorrer devemos começar logo aí. Quanto mais quando ele já tem um acesso vascular construído, é fundamental.

E. Então dado que considera a temática pertinente. Considera necessário a criação de um fluxograma de atuação aquando a entrada de um doente portador de acesso vascular de hemodiálise (FAV/Prótese/CVC de HD) no serviço de urgência? Ou seja, assim que ele entre no serviço de urgência que se acione um conjunto de medidas que estejam previamente protocoladas, para melhor salvaguardar o acesso.

E3. Sem dúvida. Até porque se houver esse protocolo há muito menos hipóteses de escapar a possibilidade de uma lesão de uma acesso ou de termos conhecimento que essa pessoa é portadora de um acesso.

E. Então a haver um fluxograma tem alguma sugestão, tem alguma estratégia que possa logo assim à partida ser utilizada?

E3. Eu desconheço um bocadinho como é que funciona a urgência, nunca...pronto e muitas vezes nem sempre temos doentes que vêm e que conseguem logo verbalizar que tem...que são portadores do acesso, mas temos também... há muitos doentes, com certeza que vocês apanham que não conseguem, com alterações do estado de consciência ou porque tiveram outro tipo de acidentes que não lhes permite. Não sei muito bem porque não conheço, apesar de tudo não conheço o contexto, foi um contexto onde eu nunca trabalhei estes anos todos, mas eu acho que a observação particularmente dos membros é fundamental, não nos podemos esquecer que às vezes também... dos membros e não só dos membros superiores porque temos doentes com acessos vasculares nos membros inferiores, à observação. O conhecimento um bocadinho de alguma história, saber se daquele doente, era fundamental, nem sempre isso é possível. Quando tivermos a livre circulação da informação dos doentes em que... ou por o nome do doente ou ter no seu cartão, um cartão com o chipe do doente em que se consigo ter esse acesso, vai ser facilitador, mas nem sempre... não sei como é que seria...mas terá que haver uma maneira de termos.

E. Para identificar inicialmente?

E3. Para identificar inicialmente, para identificar, por exemplo, se sabemos que é um doente que já é seguido na consulta de nefrologia, esse doente tem mais probabilidade de poder ter já um acesso construído, do que um doente que não é. Pronto há aqui coisas, mas... muitas das vezes numa situação de urgência vocês não conseguem ter logo essa informação. Sei estar um bocado no contexto não sei ajudar, mas...

E. Considera importante criar-se este fluxograma?

E3. Sem dúvida, tem-se que criar.

E. Pronto indo de encontra um bocadinho àquilo que lhe perguntei. Pensando num doente, e estando ele no serviço de urgência quer na zona de ambulatório ou mesmo internado,... talvez internado... no serviço de observação, quais são as intervenções de enfermagem que os enfermeiros generalistas a exercer funções no serviço de urgência

possam desenvolver, e que a enfermeira considere mais importantes que estes o desenvolvam e que sejam indispensáveis para preservar e manter o acesso vascular de hemodiálise (FAV/Prótese/CVC de HD)?

E3. Quando são acessos vasculares, casos de fístulas e próteses, para já uma atenção extrema...mas isso eu acho que é básico, mas por vezes por distração ou por excesso de trabalho, pronto às vezes pode acontecer, a avaliação das tensões, as punções indevidas que nós já temos apanhado aqui muitos doentes que tem tido punções indevidas de acessos vasculares para colheitas de sangue, às vezes por desconhecimento, que as pessoas não sabem até porque vêm aquela veia tão boa, às vezes é um acesso que nunca tinha sido picado, é uma veia boa mas ainda é uma veia má para nós, mas para quem está... às vezes os doentes até não têm más veias. Pronto já tem acontecido, já temos tido aqui essa atenção. Os posicionamentos, muitas vezes se não há uma atenção aos posicionamentos quando são esse tipo de acessos, os doentes estão posicionados muito tempo para o lado do acesso também pode comprometer o acesso, a roupa aqui não há muito, mas ter essa atenção. Muitas vezes, também explicar aos auxiliares ou aos assistentes operacionais que trabalham connosco, que tem que ter alguma atenção porque às vezes, no baixar das grades, no... pode haver alguma lesão do acesso, neste tipo de acessos. Nos cateteres, para mim, ainda é preciso mais cuidado atendendo a que a possibilidade de uma coisa de infeção e que compromete muito.

E. É mais central.

E3. E é mais central, temos que ter muita atenção... ao penso, como está o penso do cateter? À utilização do cateter de diálise, já temos sido chamados, e nós não nos custa ir,... ah mas eu sou enfermeira também sei mexer no cateter... às vezes nem sempre porque depois se não ficar bem heparinizado, se não for tratado com algum cuidado, um cateter de diálise tem um calibre diferente de um cateter central, e às vezes as pessoas podem não estar despertas...não...mas é fundamental a preservação, porque aquele acesso, seja um acesso construído no património vascular do doente, seja um acesso de implantação, às vezes pela urgência que tem que ser, de um cateter central, é a vida do doente que está ali assim, e tem que se ter muitas atenções. E nós enfermeiros temos, seja os especialistas, sejam os generalistas, nós enfermeiros temos que preservar esse património, essa vida que a pessoa tem através desse património vascular construído ou implantado, reduzindo a infeção e mantendo aquele acesso o mais permeável, o mais bem cuidado para que o doente quando vem fazer diálise. Às vezes tem que ser substituído o

cateter ou porque foi descolado ou arrancado, e isso acontece. E o que nós temos é de estar atentos, fazer um penso como deve ser, se for preciso mudar com o cuidado que tem que ser, respeitando as regras de assepsia, por muito à pressa que se trabalhe há coisas que são prioritárias, e isto é prioritário, o penso de um cateter central é uma situação prioritária, às vezes mais vale deixar outra coisa...que eu acredito que na urgência todo seja urgente porque se não as pessoas não estariam lá, mas há o urgente e o emergente, como eu às vezes costumo dizer, e fazer um penso de um cateter bem feito é algo que é um bocado emergente, não é por mais um adesivo por cima, como eu já vi, não na urgência mas noutros sítios que se diz à auxiliar, olhe aquele cateter, aquele penso está a descolar vá só reforçar com adesivo, quer dizer... Nós não podemos fazer isso, nós não podemos, porque se estamos a permitir que outros vão fazer isso, o que ainda por cima é incorreto, não estamos se quer a prestar bons cuidados, mas...Os cuidados tanto ao acesso, então para mim ao cateter são fundamentais.

E. Em relação aos pensos acha que o penso do cateter central deve haver uma periodicidade obrigatória, por exemplo, o penso ser diário, ou deve ser feito apenas por vocês nas sessões de hemodiálise ou sempre que se justifique?

E3. Eu acho que é o sempre que se justifique, aqui por nós... nós fazemos sempre, até porque nós precisamos de ver como está aquele orifício, como é que está, porque às vezes se há sinais inflamatórios se for um cateter provisório não fazemos diálise, tem que ser substituído por outro, se for num cateter tunelizado é feita uma cobertura antibiótica, porque é um cateter que nós vamos tentar não estar a retirar com a mesma, pronto com a mesma periodicidade, é um cateter que nós queremos que seja marco definitivo em vez de um carácter provisório, até porque tem outros, tem outros custos e tem outros custos para o doente porque é muito mais agressivo a colocação e na remoção e colocação de um novo do que um provisório, mas...Deve ser sempre que, sempre aqui, e sempre que necessário, sempre necessário se está descolado, se está molhado, se verem que há exsudado, ou se sujou de sangue, às vezes há cateteres, ou se houve uma manipulação quer na prestação de cuidados ou pelo doente, já temos tido doentes que tentam arrancar, pronto... aí deverá ser feito. Se o penso está íntegro, se está tudo bem coladinho, se não houve qualquer contacto, não há necessidade, até porque cada vez que mexemos estamos a potenciar a probabilidade de ocorrer uma infeção. Mas tentar manter sempre o penso particularmente o penso que oclui o orifício sempre íntegro, e sempre, pronto com todos os cuidados que um penso requer, nomeadamente um penso que está numa veia central.

E. Falando agora só das fístulas ou das próteses, por vezes os doentes levam os pensos aqui das sessões de hemodiálise. Remove-se, não se remove, o penso deve ficar para a próxima sessão, não deve ficar? Muitos doentes são autónomos, como a enfermeira já referiu, mas a nossa população de doentes renais crónicos, por vezes por situações agudas estão muito mais debilitados não tendo sensibilidade para se autocuidarem.

E3. Mesmo quando eles estão autónomos, quando estão internados muitas vezes eles dizem, olhe nós costumamos fazer assim, e por desconhecimento, porque eu se for para outra área na qual eu nunca trabalhei, eu também sou...perita não sou de certeza, posso ter algum conhecimento mas não sei intervir. Muitas vezes, nós temos tido doentes, alguns que fazem diálise há 15-20 anos que estão no internamento, ou senhora ou senhor enfermeiro eu no dia a seguir retiro o penso, ahah não mexa aí que isso é da diálise. É assim o penso não deve estar, porque se nós não queremos fazer compressão para não estragar aquele acesso, para não termos a probabilidade de o acesso parar, é lógico que assim que a hemóstase está feita, que temos a certeza que não sangra, aquele penso deve ser removido, alias há doentes que saem daqui só com um penso rápido. Nós é que aqui pomos para que haja um tempo, porque há muita heparina em circulação, e muitas vezes, já temos tido doentes que muitas vezes a meio da noite aquilo sangra um bocadinho e tem que voltar a fazer a hemóstase. Agora o máximo, o máximo entre a 6 a 8 horas, se pudermos retiramos, nunca ficar para a sessão de hemodiálise seguinte, nunca. Isso não de todo. E nós, não sei se vai entrevistar, mas nós já fizemos dois cursos de nefrologia para enfermeiros aqui para o hospital e uma das coisas que nós focamos sempre no módulo em quem falamos dos acessos vasculares é de pedir aos colegas que vão a esses cursos que falem isso nos serviços. Em todos os serviços, tudo bem...ahaha mas já me aconteceu... há sempre depois a exceção e acontece, já tem havido doentes que ao fim de 12 horas e volta a sangrar, porque isso pode acontecer, faz-se a hemóstase, faz-se um penso compressivo vai-se vigiando, agora noventa e muitos por cento os doentes ao fim de 4 horas já podem retirar o penso, mas pronto...particularmente nós dizemos o doente quando faz a higiene no dia a seguir é para retirar o penso, mas sem dúvida, faz-se a higiene, retira-se o penso, não há necessidade de ficar mais...Se houver, então até convém remover, perceber, fazer a hemóstase até para se avaliar a situação, temos doentes que às vezes o penso sangrou um bocadinho, vêm ao fim de 48 horas com sangue ressequido ali... não faz sentido, não faz sentido nenhum.

E. São pequenas intervenções.

E3. Basta, se criarem um protocolo, eu não sei, mas quando são feitos os cuidados de higiene, ter o cuidado de retirar o penso, mesmo que o doente tenha saído daqui há meia-noite, em princípio, em princípio já retirou, nós também não começamos a fazer higiene às 8 da manhã, pronto em princípio já terá feito a hemóstase, se não fez, faz-se e depois aí podem contactarmos aqui, para ver se é preciso tomar uma outra medida, mas mais que esse tempo é que nem pensar.

E. Relativamente ao exame físico e quando me refiro ao exame físico falo das três características do exame físico, a observação, a palpação e a auscultação. A primeira pergunta que lhe faço é se acha que no serviço de observação do serviço de urgência se este exame físico faz sentido? E se faz sentido fazer, tendo em conta que os enfermeiros que o vão fazer, são enfermeiros que não estão despertos para determinadas características do exame físico. Não estão despertos até à data porque a ideia é fazer com que eles fiquem despertos, e estando eles despertos pós formação se realmente ele faz sentido, esse exame físico à pessoa portadora de acesso vascular para hemodiálise?

E3. Observação fundamental, a palpação eu também acho, a auscultação poderá ser ou não.

E. Quanto à observação e palpação, o que considera importante o enfermeiro observar?

E3. Para já acho que deve ver se há alterações das características, porque pode haver um processo inflamatório. Depois a palpação, temos tido doentes que às vezes durante o seu processo de internamento, tem aquele *stress* de estar internados e temos acessos que param. Um acesso que para e que nós nos apercebemos que parou, estava a funcionar quando chegamos às 8 da manhã, às duas da tarde vamos palpar e não está, esse acesso ainda pode ser recuperado. Temos tempo útil para informar e o doente, e o acesso ser recuperado. Se o doente não...até pelo seu estado não se apercebeu, se nós enfermeiros que estamos a trabalhar com ele não nos apercebemos e só quando ele voltar à diálise, às vezes poderá ser 24-48 horas depois, para já nós não temos noção da hora que parou o acesso, ou o *timing*. Não é saber a hora exata, mas ter uma referência de tempo. Sabemos que dentro daquele espaço esse acesso pode ser recuperado. É muito melhor para o doente, lá está os tais custos diretos e indiretos são muito menores, muitas vezes o acesso que vai ser recuperado pode ser picado logo para fazer uma sessão de diálise. É escusado o doente estar a pôr um cateter, por isso... A auscultação pode ser importante, mas não é para perceberem o trajeto, eu acho que no serviço de urgência atendendo à quantidade de trabalho que também vocês têm não me parece que seja fundamental, não me

parece...Poderá ser se eu tiver interesse e quiser ir conhecendo e para perceber, poderá ter, mas não me parece que atendendo ao contexto de trabalho seja o fundamental. Observação sim. Ver houve alteração..., parece que está mais ruborizado, ou não está! Pode ser importante, o relatar...

E. O relatar essas alterações?

E3. Sim o relatar e a palpação isso para mim...então a palpação é fundamental.

E. Então e na palpação temos que ter atenção só ao frémito?

E3. Atenção ao frémito, eu acho que...porque se perceberem que há frémito é porque está a funcionar se... é que isso que é o mais importante. Se não estiver, informar logo acho que é o fundamental, é o fundamental, é essencial. Porque também temos que pensar que, vocês tem aquele mais uma quantidade de doentes, não é. Contam com uma panóplia de coisas, e se nós formos fazer muita coisa, não vamos fazer, mais vale centrar, fazer duas coisinhas naquele doente que é importante e que nos desperta e que nos... é logico que poderia fazer muito mais outras coisas, mas acho que é... pronto é... o essencial, acho que é ótimo para se conseguir até a adesão das pessoas.

E. Exatamente. E o exame físico considera que devia ser feito em todos os turnos, uma vez por dia, sempre que a situação o justifique, qual a sua opinião em relação ao exame físico?

E3. A minha opinião é que se pudesse ser pelo menos uma vez por turno acho que era bem. Porque se eu chego, pronto...chego passo o turno, quando eu vou ver o doente a primeira vez, vou ver sempre uma hora depois da minha hora de chegada e pelo menos dá para eu perceber se se mantém as características. É assim, claro que eu sempre que necessário...é importante se eu me apercebo que...mas... pelo menos...a colega viu à noite, está um registo que às três da manhã estava a funcionar, às dez também está, mas se eu chegar às cinco da tarde, não está...pronto entre as dez e as cinco algo se passou, quer dizer mais vezes, poderá ver-se no início e no fim do turno, mas também temos que pensar na carga de trabalho que vocês têm lá, lá está mais vale, se uma vez por turno vocês conseguissem ver, podia ser no início do turno, meio do turno, fim do turno...isso... já era bom. Porque depois cria-se o hábito, se se criar o hábito..., a pessoa depois até tem, sempre que vai ao pé do doente, sempre não, mas sempre que vai fazer algum procedimento ao doente até pode, pronto observa, vê...pronto até... Pelo menos criar o hábito de uma vez, acho que já é um bom princípio, e eu acho que nós nunca devemos

pedir muito, para as pessoas aderirem, até porque nós somos cada vez menos, mais carga de trabalho e percebemos...há e agora também temos que fazer mais isto!...não conseguimos a adesão das pessoas. Assim uma vez por turno, como nós fazemos vê-se os sinais vitais, como se faz aquele exame ao doente aproveita-se faz-se mais este...pronto...está feito, se começarmos a aperceber que o doente não está bem! Houve uma alteração da tensão, uma hipotensão, depois há aqueles sinais que nos podem chamar à atenção e que nós podemos rever aquele acesso. Agora se é um doente que está com tensões estáveis, quer dizer...a probabilidade de parar...pode ser... mas tem menos que um doente de repente está com uma tensão normal e de repente aparece-nos um valor de 60/30. Aquele acesso...temos que o ir ver, eu antes já tinha visto que ele estava bem. Pronto se não houver outros sinais, obviamente que se for um doente que de repente comesse a ter umas perdas sanguíneas, por qualquer motivo...mas já houve uma observação de uma situação, mas depois há sempre o SOS, é fundamental. Mas eu acho que uma vez por turno com certeza seria já um sucesso e um êxito.

E. Também acha conveniente que caso haja alguma alteração haver uma articulação aqui com o vosso serviço?

E3. Sem dúvida. Sem dúvida. Isso eu acho que sim. O comunicar com o nefrologista ou mesmo pedirem para um de nós podermos lá ir, para um de nós pudermos ir e dar também um pouco a nossa opinião. Porque, é assim...nós todos os dias trabalhamos com acessos e não foi... e por nós sentirmos a necessidade, nós também os avaliamos todos com uma periodicidade. Mas nós vimo-los todos os dias que os doentes vêm cá, mas temos a necessidade de também ter esse registo e de os avaliar com outros cuidados. Pedir a nossa colaboração sem dúvida. Eu acho que nós não temos que ser peritos em todo, por isso é que há uns peritos numa área e é com este intercâmbio que se consegue o melhor para o doente. Uns têm...vá lá, consegue-se fazer uma monitorização logo imediata e depois pedir ajuda, isso acho que é fundamental, acho que é muito importante.

E. E agora queria e quero-lhe perguntar quais é que são as complicações mais prováveis de um acesso vascular? Ou seja, nós que... Imagine que eu estou a fazer um turno no serviço de urgência, qual é a probabilidade de haver uma complicação, ser motivo da ida do doente, da ida ao serviço de urgência por uma complicação do acesso vascular? Que complicações podem ser essas e como agir caso haja essas complicações?

E3. As complicações que nós aqui temos tido de doentes, pelos acessos vasculares à urgência, habitualmente são por hemorragias, a maior parte ou por infeção do acesso. Porque quando o acesso para...

E. Eles normalmente recorrem aqui a vocês?

E3. Recorrem aqui, quando para não vão ao serviço de urgência vêm aqui, porque é aqui logo, mesmo que pare a meio da noite, porque eles sabem que não há grande coisa a fazer. Se houvesse cirurgia vascular perita em acessos aqui, eles ganhariam em vir cá porque poderia rapidamente a cirurgia poder atuar. O procedimento que é feito é vêm aqui é contactado, ou se tiver cá o cirurgião vascular ele vê logo, ou então têm que ir para um centro de referência para tentar resolver a situação e às vezes por estes *timings* demorarem um bocadinho o acesso acaba por parar mesmo, não ser recuperável e terem que porem um cateter. Mas o que acontece a maior parte das vezes quando recorrem ao serviço de urgência é: ou por hemorragia do acesso, às vezes porque foi construído, e... pronto e não houve uma coagulação, não houve...uma hemóstase adequada feita intraoperatória e depois à posteriori... E vêm muitas vezes e recorrem por isso e muitas vezes por infeção particularmente mais nas PTFE, nas próteses que vêm ao serviço de urgência, porque às vezes começa com dor, às vezes também já estão a deitar conteúdo purulento. Pronto e recorrem, são mais, também já tivemos, penso que duas ou três situações de doentes que recorreram ao serviço de urgência porque exteriorização do cateter central, já houve um doente que nós temos que vinha um cateter na mão para mostrar que tinha saído todo, pronto tudo bem, por sorte... tivemos um... e correu bem. (Risos)

E. (Risos).

E3. Já por exteriorização do cateter, isso também já tivemos uma ou duas situações que vieram ao serviço de urgência. Assim não me recorde de outras situações que tenham vindo, que tenham vindo, às vezes dão entrada pela urgência, mas às vezes já recorreram aqui, mas depois têm que ser transferidos para outras unidades ou para fazer outras situações. Agora que foi, que tivemos este caso mais recente, uma doente que auto lacerou a prótese, também não é muito habitual.

E. Mas nesse caso o motivo de ida seria sempre a hemorragia, o que fazer? Pronto na infeção, passa-se ao médico e pronto... Agora na hemorragia o enfermeiro pode ter uma intervenção...

E3. Sim.

E. E o que é que podemos fazer?

E3. Na hemorragia nós temos que fazer hemóstase.

E. Mas é uma hemóstase a todo o custo e uma compressão...?

E3. Uma compressão q.b. Se é uma hemorragia grave nós preferimos que pare o acesso do que o doente acabe por ter uma anemia ponderal, ou por ter uma situação de perda de sangue abundante. Aqui temos que ver o que é prioritário, ter o doente com vida e sem acesso ou ter um acesso e não ter o doente com vida. Aqui tem que haver o equilíbrio, tem que haver uma hemóstase com mais ou menos compressão tem que haver. Depois é claro que nós queremos sempre preservar o acesso, vai-se aos poucos percebendo, faz-se a hemóstase com algum cuidado.

E. E a hemóstase é todo o membro ou nos locais de punção?

E3. A hemóstase deverá ser nos locais de punção, porque... alias se nós fizermos tipo vá um garrote antes, anterior ou posterior, nós até vamos aumentar o sangramento, convém é fazer a hemóstase nos locais de punção, ou no local que está a sangrar, é fundamental. Se depois não conseguirmos... o que nós temos feito, eu já houve uma vez que tive três horas a fazer hemóstase a um doente, eu nunca vi fazer outro tipo de coisa que não...foi...e o doente foi sempre com hemóstase.

E. Mas tem que ser sempre uma hemóstase controlada? Não é garrotar ir embora e esperar que pare?

E3. Não, não, aliás íamos revezando a nós e foi feita, primeiro metemos as assistente operacionais, porque tínhamos os doente ligados e tínhamos... primeiro acabou por ser a doente a fazer, depois a doente já estava cansada pedimos à assistente operacional, depois nós desligamos os doentes que tínhamos ligados, ligamos o turno a seguir vamos revezando a nós e a doente saiu daqui, foi desligada era meio-dia e pouco saiu daqui à hora que nós saímos, quatro e tal. Com hemóstase controlada, vamos fazer alguma pressão, vamos aliviando vamos vendo, foi feita vitamina K, foi feito todo, todas as manobras quer médicas quer...foi assim que nós conseguimos fazer, não, nunca. Quando são hemorragias pelo ato cirúrgico aí pode haver uma intervenção do cirurgião, vai abrir ver o que está a sangrar e aí assim a compressão já é feita de outra maneira porque não é feita no local, porque temos toda uma cicatriz, toda uma sutura em que podemos fazer compressão em que nós não sabemos o sítio, agora quando é uma hemorragia que é decorrente da punção pela diálise é sempre no local. Não vale apenas fazermos garrote,

porque isso vai aumentar no local da punção o extravasamento de sangue e já tem acontecido, doentes mesmo depois de fazerem a hemóstase fica a babar eternamente, porque às vezes os doentes tem pressa de ir embora, quem é que está aqui quatro horas? Ninguém gosta, querem sempre chegar a casa, sempre que é hora de almoço querem ir almoçar, sempre que é ao fim da tarde querem ir jantar, se é há noite é porque se querem ir deitar, pronto...já tem acontecido às vezes doentes que até são autónomos fazem a hemóstase, e muitas vezes nós também na punção que exteriormente que não está a sangrar e depois no outro dia apercebemo-nos que o doente tem...isso acontece por isso. Uma compressão bem-feita, não com pressão exagerada mas com pressão q.b para é fundamental e é assim que tem que ser feita, seja demorada, seja rápida é assim que tem que ser feita.

E. Em caso de urgência concorda que seja utilizado o acesso vascular de hemodiálise e aqui refiro-me só, estou-me a referir apenas aos acessos centrais como acesso venoso?

E3. Se não há mais nada, acho se é para salvar um doente...é um cateter central com todos os cuidados é um cateter com maior calibre as pessoas têm que perceber...

E. Era isso que lhe ia perguntar agora, visto que concorda, uma vez que vamos utilizar que medidas é que nós temos que ter para melhor salvaguardar aquele acesso e para não colocar também em risco o doente?

E3. Pronto é um cateter que nós vamos precisar de...se tem um cateter central de diálise é porque precisa de diálise.

E. Exatamente.

E3. Pronto. Agora se o doente não tem, aqui vamos distinguir, porque há dois tipos de cateteres que podemos ter; se temos um cateter central provisório de triplo lúmen há sempre um lúmen terapêutico que pode ser e deve ser utilizado.

E. E esse lúmen está salinizado?

E3. E esse lúmen está sinalizado tem um calibre menor, habitualmente ele vai ou heparinizado, mas ele é tão fino...

E. Era isso que eu lhe ia perguntar, não heparinão?

E3. Há quem, há várias tendências, há quem já não heparinize esse lúmen, há quem não heparinize, mas isso é uma questão que com uma lavagem que habitualmente esse lúmen fica permeável, há quem não heparinize. Nós aqui, quando acabamos de colocar,

da diluição pomos um bocadinho e pomos, mas eles são utilizados, habitualmente há quem já não heparinize, mas isto há várias escolas, há uns que dizem que sim há outros que dizem que não, mas não é por se usar nesse cateter, por se heparinizar ou não que ele acaba por obstruir. Habitualmente ele está permeável porque, como o de diálise está heparinado aquilo há sempre um, algo que escorre um bocadinho para o outro e a ponta acaba por não... Se for um cateter desses a pessoas tem sempre um que dá para utilizar e pronto..., se for um cateter, o que nós chamamos permanente, o cateter de longa duração e se a pessoas está em risco, é assim nós temos que ter uma via de acesso. Ora se pessoa já tem um cateter desses é porque já tem um património vascular de mau para péssimo.

E. Exatamente.

E3. Não é numa situação que a pessoa está mal que se vai conseguir às vezes uma veia, ou para se conseguir para qualquer coisa, poderá ser, deverá ser utilizado, porque... para que é que nós estamos a preservar um cateter se depois não temos pessoa para tratar, não faz sentido, quer dizer, aqui temos que preservar é a pessoa. E depois, com todos os cuidados é um cateter de um calibre maior, quem têm que se ter. Primeiro ver as adaptações quando se põe a correr as coisas quando se dá a medicação se, é feito com os cuidados que se tem que ter com um cateter e com um cateter de um calibre maior.

E. O manuseamento tem que ser feito com assepsia?

E3. Tem que ser com a assepsia o mais possível dentro de uma situação de emergência, o mais possível.

E. Acha que faz diferença usar um ramo arterial ou o ramo venoso?

E3. Acaba por não fazer diferença, posso-lhe dizer que já tivemos aqui um doente que fez diálise e não tinha acessos e que até a alimentação foi feita pelo cateter de diálise.

E. Parentérica?

E3. A parentérica foi feita, por isso não, quer dizer estamos...é assim, não tinha acessos se precisava de fazer foi feita, com todos os cuidados que sempre que aqui vinha parava-se a alimentação como faz sentido, não é? Fazíamos umas lavagens porque o risco de infeção de uma situação de administração de alimentação é maior porque há as glucoses aquelas coisas todas que aumenta a probabilidade de a bicharada, pronto...era feito, eram feitos os cuidados uma lavagem ao cateter, tanto dos lúmenes como no exterior

nos fazíamos uma lavagem ao cateter e o doente esteve fez a sua, recuperou e depois... Por isso não estamos a falar de nada que não possa...

E. Tem que se ter atenção ao facto de eles serem heparinizados?

E3. Sim, quando se deixa de utilizar convém heparinizar, nós aqui utilizamos a heparina pura há sempre situação que utilizam, há centros de diálise que utilizam diluição, nós aqui usamos pura, utilizamos porque... e temos muito pouca obstrução dos cateteres, mas há sítios que usam, fazem uma diluição de heparina com soro e põem a diluição porque há heparina que vai para a circulação e que tem muito, pronto, mas pois é, nós aqui é que apanhamos os doentes com os cateteres obstruídos e têm que vir fazer a desobstrução dos cateteres. Nós aqui temos muito poucos cateteres obstruídos.

E. Então concorda que possa ser utilizado mantendo cuidados de assepsia e atenção no manuseamento das adaptações, ver interfaces se combinam?

E3. Sim ver se está tudo bem, se combinam se é possível, e quando se deixa de utilizar, heparinizar, fazer uma limpeza, uma lavagem do cateter e um penso como deve ser. Agora é como digo não faz sentido ter cateter e não ter doente, nós aqui temos é que ter doente senão não vale a pena.

E. Pronto e terminámos assim a entrevista, obrigado pela colaboração e atenção.

E3. De nada espero ter ajudado.

E. Obrigadíssimo.

E3. Estou à disposição.

Entrevista – Enfermeiro 4 (E4)

E. Muito boa tarde, o meu nome é Paulo Martins, sou enfermeiro e estou a frequentar o curso de Pós licenciatura e Mestrado Médico-cirúrgico vertente Nefrologia.

No sentido de adquirir e desenvolver competências inseridas num continuum de aprendizagem como enfermeiro, este trabalho assenta numa experiência profissional adquirida ao longo dos últimos 7 anos em ambiente de urgência intra-hospitalar e naquilo que é a prestação de cuidados à pessoa com doença renal a vivenciar processos de doença aguda, crónica e crónica agudizada. Deste modo, definiu-se como área de estudo ***“Cuidados de Enfermagem para a Manutenção dos Acessos Vasculares de Hemodiálise no Serviço de Urgência”***, pelo interesse pessoal que esta área me desperta, mas especialmente porque considero que esta é uma problemática de extrema relevância no serviço de urgência (SU).

Assim sendo, os objetivos gerais que pretendo alcançar através deste trabalho são: (1) contribuir como enfermeiro especialista para a melhoria da prática de cuidados de enfermagem à pessoa com acesso vascular de hemodiálise (HD) no serviço de urgência; (2) promover comportamentos de acordo com a melhor evidência científica na prática de cuidados, junto da equipa de enfermagem do serviço de urgência, no que respeita à manutenção de acessos vasculares de hemodiálise.

Por forma a atingir os objetivos do presente trabalho, pretendo articular conhecimentos com enfermeiros peritos em nefrologia e, através destes, identificar os conhecimentos específicos que são importantes e necessários para uma melhor prática de enfermagem na manutenção dos acessos vasculares de HD no SU. A articulação com os enfermeiros peritos irá ser feita através da presente entrevista.

Vimos assim convidá-la a participar neste estudo, através da realização da entrevista, que é anónima e onde nos comprometemos a assegurar a confidencialidade dos dados.

Agradeço desde já a sua disponibilidade para colaborar e pergunto-lhe se aceita participar neste trabalho e se também aceita que a entrevista seja gravada?

E4. Sim aceito.

E. Então começo por lhe perguntar qual a sua idade?

E4. 38 Anos.

E. E há quanto tempo trabalha como enfermeira generalista?

E4. Há 14 anos.

E. E na prestação de cuidados à pessoa com doença renal crónica terminal com acesso vascular em programa regular de hemodiálise?

E4. Há 14 anos. Eu trabalho há 17 anos e com doentes insuficientes renais há 14 anos. Neste serviço especificamente há 9 anos. Já tinha experiência de outro serviço anterior.

E. E como é adquiriu a formação na área do acesso vascular de hemodiálise?

E4. Bem, eu fiz uma formação no sector privado, um estágio, com componente teórica e prática, não me recordo bem, durou o tempo duração de três meses, não me recordo bem do número de horas, umas duzentas e tal horas, antes de iniciar a prestação de cuidados. E depois da formação, foi com a prática, não é?

E. Com a experiência...

E4. Com a experiência, também é importante, é o mais importante até, neste caso.

E. Considera a temática apresentada pertinente e relevante, fazendo sentido desenvolver-se esta área para o serviço de urgência?

E4. Completamente

E. Considera ser necessário a criação, elaboração de um fluxograma de atuação aquando a entrada de um doente portador de acesso vascular de hemodiálise (FAV/Prótese/CVC de HD) no serviço de urgência?

E4. Sim penso que é importante.

E. Tem alguma sugestão, como é que essas estratégias poderiam ser implementadas, que tipo de medidas é que podiam ser tomadas para uma melhor preservar e manter este acesso, tem alguma sugestão?

E4. Bem eu penso que... para já teria que começar com a formação dos colegas da urgência, não é? O fluxograma eu acho que deveria estar um bocadinho, não sei se fará algum sentido, mas estar dividido em relação ao tipo de acesso. No caso das próteses e das fístulas, acho que é importante os colegas saberem que o braço ou perna do membro do acesso tem que ser um bocadinho “protegido” tanto que seja avaliação de sinais vitais, colheitas de sangue naquele membro está completamente proibido, e depois acho que deveriam ter atenção com o estado do acesso, se está a funcionar ou não, se tem alguns sinais inflamatórios, tanto fazer uma avaliação do acesso quando entram na urgência e depois durante a estadia. Em relação aos cateteres, terão que verificar se existem também

sinais inflamatórios, não é? Em princípio os doentes fazem os pensos dos cateteres aqui connosco, se vierem cá fazer a diálise, mas pelo menos é importante perceberem se há alguns sinais inflamatórios.

E. Observando o penso?

E4. Exatamente.

E. Pronto algumas das intervenções a enfermeira já as descreveu. Dentro das que já referiu, como a identificação do membro, não avaliar sinais vitais naquele membro, não puncionar o membro, isto relativamente às fístulas e às próteses. Que outro tipo de intervenções de enfermagem podem ser importantes e indispensáveis para manter os acessos vasculares?

E4. Eu acho que também era...

E. Podemos dividir, ou seja, podemos falar das fístulas e das próteses e dos cateteres centrais.

E4. Ok. Em relação às fístulas e as próteses eu acho que era importante conseguir-se fazer uma avaliação do que é que é o normal, vá lá...O que é que é um acesso em perfeito estado, portanto, acho que era importante os colegas também saberem fazer uma observação correta, uma palpação, não é? Também é muito importante para perceber se há frémito ou não, e uma auscultação também, porque para ver se há sopro se aquele acesso está ou não a funcionar. Acho que era importante.

E. E em relação, por exemplo, imagine que temos um doente internado no serviço de observação que faz..., que tem uma situação aguda e continua o seu programa de hemodiálise aqui no vosso serviço. Os pensos que se colocam, os pensos compressivos, esses pensos devem ser removidos no dia a seguir, passado algum tipo de horas ou devem ser mantidos até nova sessão?

E4. Não, não devem ser mantidos. Muitas vezes são mantidos, penso que, cá está, também será importante fazer formação nesse aspeto, porque normalmente o que nos acontece não só da urgência mas também dos outros serviços em geral, é que os doentes aparecem no fim das 48 horas do tratamento ainda trazem os pensos, porque os colegas não sabem se devem ou se podem tirar.

E. Optam por não tirar!

E4. Optam por não tirar, pronto. O que nós aconselhamos é sempre, que no dia a seguir na altura da higiene se não houver perigo de hemorragia, em princípio não haverá, retirar os pensos.

E. E se tivermos um doente acamado, com necessidade de posicionamento, uma vez que por si não consegue fazer de forma autónoma. O posicionamento é livre, ou temos que ter algum tipo de atenção nos doentes que tem fístulas ou próteses?

E4. Bem, deve-se ter atenção o facto de o braço não ficar sob pressão do corpo, não é? Pode-se posicionar mas ter-se em atenção não ficar a fazer força ou pressão naquele membro.

E. Identificação do membro e proteger aquele membro.

E4. Exatamente.

E. Relativamente ao exame físico também já o abordou um pouco e já acabou por o confirmar, acha então importante ser feito no serviço de urgência?

E4. Acho. Sem dúvida.

E. Faz sentido haver uma formação aos colegas sobre esta temática e que todos estejam sensíveis para o exame físico?

E4. Sim.

E. Relativamente, agora ao próprio exame físico, quer a observação, a palpação e a auscultação, também já referiu que as três características do exame físico podem ser feitas no serviço de urgência. Então na observação, na palpação e na auscultação o que é que...para o que é que nós temos que estar sensibilizados, caso acha alguma alteração neste exame, o que é nós detetar ou ver para o exame físico ser bem feito?

E4. Bem, acho que começa pela observação que se calhar será o mais físico e que poderá ser feito mais a miude, não é? Se o membro está íntegro, se o local do acesso está íntegro, se não tem sinais inflamatórios, se a pessoa está a mobilizar bem as extremidades sem sinais de compromisso circulatório também é importante, se há algum hematoma visível. E depois fazer-se seguir-se uma palpação, portanto verificar se existe frémito, que é sinal de que o acesso está a funcionar. E depois em relação à auscultação perceber como é que está, se está a funcionar ou não, se existe sopro, se esse sopro é contínuo ao longo do acesso, porque se não também...

E. Pensa que nós no serviço de urgência podemos fazer este tipo de observação?

E4. Penso que sim, pelo menos a observação e a palpação que é relativamente simples e rápida e que se deve fazer a miude.

E. Na sua opinião deve ser feito em todos os turnos, manhã, tarde e noite, num turno específico, e sempre que a situação o justifique, qual é a sua opinião?

E4. Era como eu estava a dizer, a observação e a palpação pode ser feita em todos os turnos, é uma coisa rápida que não leva muito tempo, simples. E depois em SOS sempre que acha alguma situação que possa interferir com o funcionamento do acesso, nomeadamente uma hipotensão, não é? Depois de uma hipotensão grave, se for suficientemente grave o acesso pode deixar de funcionar. E assim se houver essa sensibilidade do enfermeiro, pode acontecer está situação vou ver se as características do acesso ainda se mantem como estão descritas ou como eu já fiz a avaliação. Acho que, portanto em todos os turnos e ou em SOS.

E. E caso acha alguma alteração, acha que essa alteração devia ser reportada à unidade de ambulatório de nefrologia?

E4. Sim, acho que sim.

E. Fazia sentido haver esta articulação?

E4. Acho que sim até porque se forem situações que necessitem de uma avaliação da cirurgia vascular e de uma intervenção até...

E. Mais precoce...

E4. Quanto mais precoce melhor. E se aqui até temos essa valência, não é? Melhor ainda, se puder ser feita aqui, sem necessitar de recorrer a outro serviço ou a outra unidade hospitalar, porque não?

E. Podia terminar, haver, o fim da linha ser articular com os enfermeiros do serviço de nefrologia e partir daí conseguirmos acionar a solução para o problema do acesso vascular.

E4. Exatamente, a solução para cada situação específica, porque não são todas iguais.

E. No serviço de urgência, quais é que são as complicações mais prováveis que possam levar as pessoas ao nosso serviço, uma complicação do acesso vascular?

E4. Uma hemorragia ativa, que não pára, que não termina com uma compressão. Normalmente os nossos doentes já receberam ensino em relação, ao modo como pararem a hemorragia. Presumo que se recorrem à urgência é porque a hemorragia é suficientemente grave, não estão a conseguir controlar.

E. Nós podemos tentar controlar a hemorragia como outra qualquer, ou a hemorragia de um acesso, neste caso de uma fístula ou de uma prótese, devemos ter cuidados específicos?

E4. Tem que ter cuidados específicos porque é assim se fizer. Tem que se fazer uma pressão direta, é a primeira coisa a fazer nos locais de punção, no entanto também sabemos que se fizermos muita pressão durante longos períodos, por exemplo, se for uma prótese podemos trombosar a prótese, não é? Portanto podemos ter um acesso que até está a funcionar mas está com uma hemorragia depois deixar de ter um acesso funcionante. Portanto tem que haver essa sensibilidade. Depois se não se conseguir parar a hemorragia, em princípio o segundo passo isto já terá que ser com uma prescrição médica, não é. Mas normalmente o segundo passo é administração de terapêutica, nomeadamente o sulfato de protamina. E se necessário, e já temos tido algumas situações, uma avaliação depois pela cirurgia vascular. Certas situações podem acontecer, são hematomas. Os hematomas podem ser graves o suficiente para a pessoa recorrer à urgência, se for por exemplo uma situação de pós cirurgia, pós intervenção àquele acesso. Isto é feito em cirurgia de ambulatório a pessoa muitas vezes, vai para casa e pode desenvolver ali um hematoma, pode ser grave e pode ter que recorrer à urgência. Situações de paragem do acesso normalmente os doentes até reportam diretamente ao nosso serviço.

E. Como complicação mais provável identifica só a hemorragia?

E4. Eu penso que sim.

E. Relativamente agora aos cateteres centrais considera que em situações de urgência / emergência, esses acessos possam ser utilizados como acesso venoso, para administração de terapêutica?

E4. Sim, eu penso que em situações de emergência em que não existem outras alternativas, penso que sim, pode e deve ser utilizado.

E. E a utilizar, quais são as intervenções que os enfermeiros devem ter, para salvaguardar o acesso vascular central e também não provocar malefício ao doente?

E4. Para já, e sempre que possível usar a técnica asséptica, pode ser complicado numa situação de emergência mas sempre que possível usá-la. Depois os colegas tem que saber que o cateter está heparinizado com heparina pura, nós usamos heparina não diluída, portanto vai ter que se fazer uma aspiração desse anticoagulante. E se possível, preferencialmente fazer também uma lavagem com soro antes de administração de qualquer terapêutica.

E. E em relação aos ramos é indiferente?

E4. Se o cateter estiver a funcionar como é previsto a aspiração deverá ser feita, por exemplo colheitas de sangue que tem que ser feitas, deverá ser feita no ramo arterial e administração de terapêutica no ramo venoso.

E. Então concorda que o cateter central de hemodiálise seja utilizado em situações de urgência, mas para isso é importante assegurar aqui algumas medidas.

E4. Sim

E. De assepsia e saber que esses cateteres estão heparinizados, aspirar, lavar com soro e posteriormente poder administrar terapêutica.

E4. Exatamente, já tem havido situações em que os cateteres são utilizados não só no serviço de urgência, mas estou-me a lembrar agora por exemplo situações de oncologia em que não há acessos periféricos e as alternativas são muito poucas e pontualmente já se tem utilizado os cateteres de diálise.

E. Pronto terminámos a entrevista, obrigado pela sua colaboração.

E4. De nada.

Entrevista – Enfermeiro 5 (E5)

E. Muito boa tarde, o meu nome é Paulo Martins, sou enfermeiro e estou a frequentar o curso de Pós licenciatura e Mestrado Médico-cirúrgico vertente Nefrologia.

No sentido de adquirir e desenvolver competências inseridas num continuum de aprendizagem como enfermeiro, este trabalho assenta numa experiência profissional adquirida ao longo dos últimos 7 anos em ambiente de urgência intra-hospitalar e naquilo que é a prestação de cuidados à pessoa com doença renal a vivenciar processos de doença aguda, crónica e crónica agudizada. Deste modo, definiu-se como área de estudo “Cuidados de Enfermagem para a Manutenção dos Acessos Vasculares de Hemodiálise no Serviço de Urgência”, pelo interesse pessoal que esta área me desperta, mas especialmente porque considero que esta é uma problemática de extrema relevância no serviço de urgência (SU).

Assim sendo, os objetivos gerais que pretendo alcançar através deste trabalho são: (1) contribuir como enfermeiro especialista para a melhoria da prática de cuidados de enfermagem à pessoa com acesso vascular de hemodiálise (HD) no serviço de urgência; (2) promover comportamentos de acordo com a melhor evidência científica na prática de cuidados, junto da equipa de enfermagem do serviço de urgência, no que respeita à manutenção de acessos vasculares de hemodiálise.

Por forma a atingir os objetivos do presente trabalho, pretendo articular conhecimentos com enfermeiros peritos em nefrologia e, através destes, identificar os conhecimentos específicos que são importantes e necessários para uma melhor prática de enfermagem na manutenção dos acessos vasculares de HD no SU. A articulação com os enfermeiros peritos irá ser feita através da presente entrevista.

Vimos assim convidá-la a participar neste estudo, através da realização da entrevista, que é anónima e onde nos comprometemos a assegurar a confidencialidade dos dados.

Agradeço desde já a sua disponibilidade para colaborar e pergunto-lhe se aceita participar neste trabalho e se também aceita que a entrevista seja gravada?

E5. Sim, sim aceito a gravação

E. Começo por lhe perguntar a sua idade?

E5. 46.

E. E há quanto trabalha como enfermeira?

E5. 25.

E. 25 anos, e na prestação de cuidados à pessoa com doença renal crónica em programa de hemodiálise?

E5. Há quase 19 anos, faz este mês 19 anos.

E. E a sua formação específica na área do acesso vascular de hemodiálise, como é que adquiriu essa formação? Na prática...?

E5. Fiz integração aqui no serviço, neste serviço e fiz um curso de hemodiálise para enfermeiros da Fresenius.

E. E tem mais alguma formação associada...

E5. À nefrologia?

E. À nefrologia.

E5. À nefrologia, na especialidade que havia da médico-cirúrgica desenvolvi o meu trabalho projeto na área da nefrologia e no mestrado também foi na área da nefrologia que desenvolvi a minha tese. Mestrado médico-cirúrgico.

E. Muito significativo, 19 anos a trabalhar com o doente renal.

E5. Sim.

E. Agora virando o assunto para a temática do meu trabalho que lhe apresentei há pouco, considera a temática em estudo pertinente e relevante, fazendo sentido desenvolver-se esta área para o serviço de urgência?

E5. Sim penso que é muito importante.

E. Sendo uma área que considera também importante pensa ser necessário a elaboração de um fluxograma de atuação aquando a entrada de um doente portador de acesso vascular de hemodiálise (FAV/Prótese/CVC de HD) no serviço de urgência?

E5. Sim, penso que é importante. Penso que quando está em causa a vida tudo o que possa garanti-la é pertinente se o pudermos fazer com conhecimento e com metodologia de uma forma assim muito sistemática será, melhora a viabilidade do sucesso e torna-se ainda mais pertinente. Portanto, um projeto desta natureza vai permitir a que abordagem do acesso vascular seja feita com conhecimento necessário para a preservação do acesso e também da vida do doente.

E. Tem alguma sugestão como é que poderia ser um fluxograma, algumas medidas que poderiam fazer parte do fluxograma de atuação, medidas essas essenciais e indispensáveis, alguma sugestão?

E5. Antes de mais a minha sugestão seria a formação de um elemento por cada equipa da urgência, dos enfermeiros da urgência. O acesso vascular seja ele uma fístula ou uma prótese ou mesmo o cateter que será mais fácil, porque é semelhante aos outros cateteres centrais. Mas se houver essa formação, naquele momento de emergência, as coisas também vão correr de forma mais eficaz, seria o primeiro passo para um projeto desta natureza. Depois talvez alguma articulação com a própria equipa do ambulatório de nefrologia, no sentido de colaborar nalguma dificuldade que possa existir, que será sempre uma coisa que vão fazer menos vezes do que nós, também pode ser pertinente haver algum canal de comunicação entre as equipas.

E. Podia passar por aí, também?

E5. Também podia passar por aqui.

E. Haver essa estruturação, ou seja, ser o fim da linha, ser sempre comunicar com a nefrologia.

E5. Se houver dificuldade na punção do acesso, porque pela natureza do próprio acesso pode ser difícil, não havendo tanta experiência pode ser um fator dificultador da utilização especialmente das fístulas e das próteses. Poderá sempre haver essa comunicação entre as duas equipas em que um de nós possa se deslocar à reanimação onde for para colaborar.

E. Quais são as intervenções de enfermagem que considera mais importantes e indispensáveis para uma manutenção, preservação adequada do acesso vascular de hemodiálise no serviço de urgência? Se quiser separar fístulas, próteses e cateteres, intervenções chave para a manutenção do acesso?

E5. Portanto garantir a assepsia na manipulação especialmente no cateter.

E. Dos cateteres, não é?

E5. Sim, na fístula e na prótese também é pertinente. Depois este conhecimento que eu anteriormente falava de se saber punccionar, porque ocorrer um hematoma de uma fístula pode comprometer a viabilidade da mesma.

E. E se não houver necessidade de punção, outros cuidados, não relacionados com a punção, que sejam importantes para a manutenção destes acessos?

E5. São necessários, não puncionar o membro do acesso, não utiliza-lo para avaliações de tensão, vigiar o frêmito e o funcionamento do acesso. No doente internado torna-se importante porque esse mesmo doente pode não conseguir fazê-lo e anteriormente, se calhar, poderia fazê-lo, está internado na urgência. Retirar os pensos no pós hemóstase depois de uma sessão de diálise, também é importante.

E. Algum tempo que considera importante?

E5. Tem haver sempre com a condição do doente, tem haver, com esse motivo da heparinização intradialítica, quando há, mas pelo menos 12 horas depois. Depende do conhecimento que se tem.

E. É uma avaliação?

E5. É a avaliação. Depois também, manter algum equilíbrio tensional, porque sabemos que as hipotensões podem por em causa o funcionamento do acesso, também é importante.

E. Vigilância hemodinâmica mais apertada?

E5. Mais apertada, especialmente no que diz respeito às hipotensões. Os cateteres como qualquer outro cateter...

E. Manter sempre a assepsia?

E5. Manter a assepsia, manter o penso seco.

E. E o penso do cateter central considera importante fazê-lo diariamente, se o doente tiver realmente em programa de hemodiálise preferem e considera-se apenas necessário fazer aqui na sessão de hemodiálise, qual é que é a sua opinião?

E5. O que está preconizado, eu penso que fazer na sessão de hemodiálise será suficiente desde de que, o penso se mantenha limpo seco externamente, em circunstância nenhuma se mude. Não esteja com infeção, porque se tiver com algum sinal de infeção se calhar, a vigilância mais apertada faria sentido e a tal comunicação mais uma vez entre equipas seria importante para perceber se é necessário retirar aquele cateter ou não, até algum...mais cedo no tempo. Portanto sempre esta comunicação entre as equipas acaba por ser importante para se perceber se é um cateter que tem sinais de infeção ou não, se é necessário só fazer o que está preconizado nas sessões de hemodiálise ou se é necessário fazer mais apertadamente para uma maior vigilância.

E. Mas se estiver tudo bem, preferencialmente nas sessões de diálise?

E5. Exatamente.

E. Relativamente ao exame físico, também já falou que fazia parte das intervenções de enfermagem. Pergunto-lhe se acha que faz sentido em regime de internamento, no nosso serviço de observação, o exame físico ao membro da pessoa portadora de acesso vascular ser uma das rotinas e umas das exigências que se fazem aos enfermeiros que estejam escalados nesse posto de trabalho? Ou seja, uma das obrigаторiedades, uma coisa que esteja protocolada, ou seja, temos um doente como uma fístula ou prótese cabe-me a mim nas minhas tarefas diárias fazer o exame físico a este membro.

E5. De acordo com o que disse anteriormente penso que sim, normalmente os doentes estão em ambulatório e eles próprios detêm esse conhecimento, detêm a capacidade para fazer vigia. Quando estão internados na urgência poderão ter ou não, portanto, poderão ter essa capacidade comprometida e cabe ao enfermeiro sempre numa situação ou noutra ter uma supervisão sobre isso. Portanto ou perguntar ao doente se já o fez, ou substituí-lo, se for necessário.

E. Considera importante ter em conta a observação, a palpação e até a auscultação, neste exame físico?

E5. Sim, sempre porque...

E. E que aspetos devemos ter em conta na observação, na palpação e na auscultação?

E5. Portanto, a primeira coisa que poderá sobressair é algum sinal de infeção. Seria sempre algo a comunicar connosco aqui na nefrologia para articular, para uma melhor observação, para contactar o nefrologista para salvaguardar, aquela infeção se começa a aumentar e seja tarde e ponha em causa o acesso. Depois o próprio funcionamento do acesso, palpar frémito, palpar pulso, por vezes o frémito é tão discreto que só com a auscultação é que isso é possível e muitas vezes um acesso que pode parecer que vai... pode parecer e poderá estar numa situação que vai parar em breve, se for encaminhado atempadamente para a cirurgia vascular, aquele acesso ainda tem viabilidade, ainda é possível recuperá-lo sem estarmos a contruir um outro acesso. Quanto mais precocemente essa intervenção for feita, melhor será a possibilidade de salvaguardar aquele acesso e melhora as complicações para o doente. Portanto é sempre pertinente fazer, e é da responsabilidade do enfermeiro que está com o doente, que está a vigiá-lo.

E. E a fazer, é uma coisa para se fazer em todos os turnos, apenas num dos turnos, sempre que a situação o justifique?

E5. É um bocadinho, fazê-lo diariamente será suficiente em alguns dos casos, se naquela avaliação diária, se levantar alguma questão que seja necessário uma reavaliação mais apertada, será de ser programado. Porque, se temos dúvidas... em função do contexto. Por exemplo, numa hemóstase vamos retirar os pensos ao fim das 12 horas e ainda está a babar, como costumamos dizer, se calhar temos que avaliar o frémito, vamos perceber porque é que ainda está assim e se será só da heparinização ou será aquele acesso já está a ficar comprometido. Tem sempre, é sempre personalizado, é sempre um cuidado a programar de forma personalizada àquela pessoa.

E. Pergunto-lhe agora quais são as complicações mais prováveis de um acesso vascular de hemodiálise? Que leve o doente a recorrer ao serviço de urgência por essa complicação. Portanto um acesso parado ele normalmente articula connosco e é muito mais fácil recorrer...

E5. A hemorragia.

E. A complicação que acha mais provável é a hemorragia?

E5. Ele ir diretamente à urgência, penso que é a hemorragia.

E. Não há assim outra complicação que o possa também levar à urgência?

E5. Há outras complicações que o podem levar à urgência, alias ele deveria sempre ir à urgência quando deteta uma complicação e que a hemodiálise já não esteja no horário de funcionamento. Portanto o doente deveria ter, nem sempre eles tem essa noção. A intervenção mais precoce possível limita as complicações. Agora o que os leva de facto, pelo conhecimento é a hemorragia que é algo que eles não conseguem controlar, um acesso parado eles esperam sempre pela manhã e vêm ter connosco, é isto que acontece.

E. Em caso de hemorragia, a hemóstase, como é que nós devemos proceder, é uma hemóstase igual a outra ferida qualquer ou tem que se ter cuidados muito específicos uma vez tratar-se de um acesso vascular?

E5. Penso que tem que ter cuidados específicos naquilo que, o retorno que eu por vezes tenho, não é só da urgência, mas às vezes também recorrem aos centros de saúde é que... fazer parar a hemorragia não pode comprometer o funcionamento do acesso, não pode haver garrote. Portanto a compressão, o penso que se faz nunca pode ser um penso

demasiado compressivo, porque pode provocar garrote e fazer a fístula parar, por vezes e é ainda o que vemos cada vez menos de facto, é um facto cada vez vemos isso acontecer menos, mas ainda há um ou outro caso a registar que se coloca ligaduras, faz-se garrote e depois quando o doente chega ao pé de nós vem com sinais de compressão.

E. Pode comprometer o acesso?

E5. Pode comprometer o acesso, pode fazer parar.

E. Agora em situações de urgência / emergência, portanto a enfermeira já falou que seria importante formar pelo menos um elemento por equipa, no que respeita não só a todo o conhecimento relativo aos acessos vasculares mas também ao próprio ato de punção em caso de urgência / emergência possa ser feito. Mas relativamente ao acesso e agora vamos pensar só no acesso central que teoricamente não é preciso uma prática tão, como é que eu hei-de explicar, não é preciso tanta prática no ato de punção, que o manuseamento é idêntico a um cateter venoso central, concorda que este cateter central de hemodiálise seja utilizado como acesso venoso em caso de urgência / emergência em que o património vascular do doente esteja claramente comprometido?

E5. Concordo.

E. Se decidirmos utilizar, que intervenções são indispensáveis para salvaguardar não só o acesso vascular central mas também não provocar malefício ao doente? Decidimos utilizar...

E5. Que intervenções são necessárias para...?

E. Para salvaguardar o acesso vascular, ou seja, para não comprometermos o acesso vascular e também não provocarmos malefício ao doente.

E5. Tem haver essencialmente cuidado com a assepsia, manter a assepsia, não provocar uma infeção à posteriori que levasse a retirar aquele cateter, colocar novo cateter, para além da própria infeção, são sempre procedimentos dolorosos para o doente. E depois aqueles cuidados que são transversais aos outros cateteres centrais, que é a remoção da heparina que existe. Nos outros cateteres normalmente eles estão permeabilizados com soros.

E. Os de longa duração estão sempre permeabilizados com heparina, estão todos heparinizados?

E5. Estão todos heparinizados, os provisórios e os de longa duração.

E. Os provisórios acabam por ter um lúmen terapêutico que conseguimos utilizá-lo.

E5. Os que são terapêuticos, às vezes os lúmenes terapêuticos também são heparinizados, os que são só terapêuticos nos contextos hospitalares muitas vezes estão sempre com soros em perfusão, não há esse passo que é a remoção da heparina. E num momento de emergência isto tem que estar bem claro na cabeça do profissional é que é essencial remover a heparina não só pela heparina em si, mas também por algum coágulo, alguma fibrina que se possa alojar no cateter e que estejamos a empurrar para o doente, podemos ainda provocar uma situação mais grave.

E. É indiferente a utilização do ramo arterial ou venoso?

E5. Preferencialmente, será o venoso, porque será sempre o de entrada, mas até para a diálise às vezes nós trocamos os lúmenes pelo funcionamento do cateter. Portanto o ideal, para mim, seria fazer a aspiração da heparina dos dois, porque é mais seguro em termos de aspiração, alguma fibrina que possa existir ou então um coágulo, é aspirar os dois, ver qual é que está em melhor condição de ser utilizável e depois heparinizar aquele canal que se utiliza.

E. Terminamos assim a entrevista, obrigado pela sua atenção e colaboração.

E5. De nada, sempre às ordens.

E. Boa tarde.

E5. Obrigada.

Entrevista – Enfermeiro 6 (E6)

E. Muito bom dia, o meu nome é Paulo Martins, sou enfermeiro e estou a frequentar o curso de Pós licenciatura e Mestrado Médico-cirúrgico vertente Nefrologia.

No sentido de adquirir e desenvolver competências inseridas num continuum de aprendizagem como enfermeiro, este trabalho assenta numa experiência profissional adquirida ao longo dos últimos 7 anos em ambiente de urgência intra-hospitalar e naquilo que é a prestação de cuidados à pessoa com doença renal a vivenciar processos de doença aguda, crónica e crónica agudizada. Deste modo, definiu-se como área de estudo ***“Cuidados de Enfermagem para a Manutenção dos Acessos Vasculares de Hemodiálise no Serviço de Urgência”***, pelo interesse pessoal que esta área me desperta, mas especialmente porque considero que esta é uma problemática de extrema relevância no serviço de urgência (SU).

Assim sendo, os objetivos gerais que pretendo alcançar através deste trabalho são: (1) contribuir como enfermeiro especialista para a melhoria da prática de cuidados de enfermagem à pessoa com acesso vascular de hemodiálise (HD) no serviço de urgência; (2) promover comportamentos de acordo com a melhor evidência científica na prática de cuidados, junto da equipa de enfermagem do serviço de urgência, no que respeita à manutenção de acessos vasculares de hemodiálise.

Por forma a atingir os objetivos do presente trabalho, pretendo articular conhecimentos com enfermeiros peritos em nefrologia e, através destes, identificar os conhecimentos específicos que são importantes e necessários para uma melhor prática de enfermagem na manutenção dos acessos vasculares de HD no SU. A articulação com os enfermeiros peritos irá ser feita através da presente entrevista.

Vimos assim convidá-la a participar neste estudo, através da realização da entrevista, que é anónima e onde nos comprometemos a assegurar a confidencialidade dos dados.

Agradeço desde já a sua disponibilidade para colaborar e pergunto-lhe se aceita participar neste trabalho e se também aceita que a entrevista seja gravada?

E6. Com certeza

E. Começo-lhe por perguntar a sua idade?

E6. 55 anos (risos)

E. E há quantos anos trabalha como enfermeira?

E6. Ora, cerca de 25 anos, de..., em várias áreas, desde a área dos cuidados de saúde primários, a área de cuidados cirúrgicos, várias experiências na área de cirurgia quer em internamento, quer no bloco operatório. Nesta área da nefrologia desde 1996.

E. Então temos que fazer contas, há 18 anos?

E6. Sim, mais ou menos.

E. Há 18 anos?

E6. Sim.

E. Então e relativamente ao acesso vascular, como é que adquiriu formação específica nesta área? Através da experiência, autoformação...?

E6. Eu tive oportunidade de começar a trabalhar em nefrologia no privado, e no privado ninguém pode trabalhar sem fazer um curso, a quem eu aconselho, que é um curso de duzentas e muitas horas, onde engloba toda uma área relacionada para os acessos vasculares. Desde essa altura tenho-me preocupado imenso por esta área, tenho apostado muito na autoformação, porque ainda é um dilema neste momento os acessos vasculares. Tem havido um desenvolvimento formidável na área da nefrologia e da diálise, nomeadamente nas máquinas de diálise ultimamente, são autênticos Ferraris, mas o acesso vascular ainda é um grande handicap. Nós profissionais e com a minha experiência ao longo destes anos, tenho dado conta de situações muito complicadas que põem em causa mesmo a situação de vivência do doente, daí a minha preocupação. E sou uma fã a sério da área da preservação do acesso vascular e da manutenção e prolongação da sua sobrevida.

E. Pegando na deixa considera a temática do estudo, apresentada inicialmente, pertinente e relevante, e acha que faz sentido desenvolver-se esta área para o serviço de urgência?

E6. É assim eu fico contente, por ver gente como tu a apostar nesta área, porque há um grande handicap entre os enfermeiros que trabalham em diálise, porque esta formação não é dada de base nas escolas, são adquiridas depois, e há muitos handicapes nos diferentes serviços, as pessoas quando ouvem falar em diálise e em acesso vascular, aquilo parece um bicho-de-sete-cabeças. Quanto mais pessoas dominarem estas temáticas eu tenho a certeza que sobrevida a do acesso vascular das pessoas da área nefrológica vai ter bastantes lucros.

E. Então considerada importante?

E6. Importantíssimo, alargar o mais que puder.

E. Pensa que é necessário haver uma estruturação, ou seja, a criação de um fluxograma de atuação aquando a entrada de um doente portador de acesso vascular de hemodiálise (FAV/Prótese/CVC de HD) no serviço de urgência? Ou seja, um conjunto de medidas que obrigam o profissional de enfermagem a ser metódico e a segui-las de forma a preservar o acesso vascular.

E6. Sim eu considero isso importante, mas antes de mais considero que é importante formar primeiro esses profissionais. Porque esta área, é uma área sensível, e o acesso mais uma vez reforço, que é o elo de ligação à vida destes doentes, sem ele o doente não pode dialisar-se, sem ele o doente morre, e...Primeiro tem que haver formação, ou formal ou informal e depois tudo descrito em fluxograma porque estas pessoas trabalham...não é todos os dias que trabalham com este tipo de doentes, que é para relembrar esta situação, é primordial esse instrumento de trabalho.

E. Conjunto de medidas obrigatórias para a manutenção do acesso vascular?

E6. Sim senhora é primordial.

E. Que intervenções de enfermagem é que considera importantes, e que estão perfeitamente ao alcance do enfermeiro generalista no serviço de urgência, e que são indispensáveis para uma manutenção adequada do acesso vascular de hemodiálise (FAV/Prótese/CVC de HD) no serviço de urgência? Já falou da formação, sem dúvida que a formação acaba por ser importante neste processo, mas que medidas, ou que intervenções de enfermagem considera indispensáveis em qualquer serviço, mais especificamente no serviço de urgência?

E6. Eu penso que tem que haver realmente conhecimento sobre o acesso vascular e saber distinguir um acesso vascular temporário e um definitivo. E depois, as pessoas terem o máximo de cuidado no exame físico, tem que se fazer o exame físico porque se doente já é do conhecimento dos profissionais que lá trabalham, à partida vão ter os cuidados necessários para com o acesso vascular. Contudo há muitos doentes que não, são doentes que são seguidos em consulta, ainda não começaram a fazer hemodiálise, mas tem um acesso vascular construído e é aqui o problema. Penso que é importante um profissional que trabalha numa urgência ter em atenção, qualquer um de nós pode ser um potencial como uma insuficiência renal, se ter uma abordagem imediata, sei que é difícil,

não é? Uma abordagem imediata, uma observação imediata ver se o doente tem algum acesso vascular.

E. E a partir do momento que o enfermeiro deteta que tem um acesso...

E6. A partir daí tem que ter conhecimentos, muitas das vezes sabemos que um acesso vascular está ali, mas não sabemos para que serve e como funciona. Os cuidados de enfermagem são subjacentes ao conhecimento, agora a manipulação e a manutenção também há um leque de cuidados a elaborar e a realizar.

E. Considera que o exame físico ao membro da pessoa portadora de acesso vascular, mesmo a pessoa encontrar-se no serviço de urgência, internada no serviço de observação é importantíssimo?

E6. É importante, até para despistarem possíveis complicações do acesso, a hipotensão severa o acesso pode parar, não é?

E. Acha que temos que fazer as três avaliações do exame físico quer a observação, a palpação e a auscultação? Que aspetos temos que ter em conta em cada uma delas, independentemente de haver um processo formativo, mas na sua opinião...

E6. Exatamente, se um doente é um doente ainda seguido, por exemplo em consulta de insuficiência renal, ainda não está no programa regular de diálise e não tem acesso, o que é que o enfermeiro tem que ter, ou os profissionais de saúde independentemente de ter ou não formação nesta área, temos que preservar a rede venosa. Preservar a rede venosa começa logo por deixar de puncionar os vasos de grande calibre, eu sei que na urgência isto é muito complicado, mas isto é importante, se agente puder puncionar um vaso mais distal e preservar os mais de grande calibre, pois são esses que depois vão ser utilizados no processo da construção do acesso vascular. Preservação primeiro, da rede venosa! Segundo se o doente já tem um acesso vascular construído é o exame físico, para que? Para ver se o doente tem ali alguma hemorragia, se tem algum foco de infeção ou se está a trabalhar ou não. Uma hipotensão faz por e simplesmente parar um acesso vascular, se for detetada precocemente esse acesso pode perfeitamente ainda ser reparado e não ser anulado totalmente, e termos que construir um novo, por isso eu acho essas áreas todas são importantes.

E. E consiga-se detetar pela palpação?

E6. A palpação... pela palpação sentes logo se uma fístula, neste caso, se está ou não a funcionar, através do frémito, o frémito é aquela sensação de vibração que sentes pela própria mão. Numa prótese vascular já é mais..., difícil logo palpares, porque muitas das vezes só consegues ver se ele está a funcionar através da auscultação. Portanto auscultas, o que também é importante.

E. E este exame físico podia, na sua opinião, deve ser feito em todos os turnos, uma vez por dia, sempre que a situação o justifique?

E6. Se o doente está consciente e está... é independente nas suas atividades ele próprio até está elucidado para isso, consegue ele próprio fazer o autoexame. A função do enfermeiro neste tipo de doentes é precisamente elucidá-lo e lembrá-lo se ele já viu ou não o funcionamento do acesso vascular. Caso contrário, não estando nas suas faculdades mentais e não esteja consciente, o enfermeiro tem que ter isso em atenção. Tal e qual como os sinais vitais tem que se fazer o exame físico.

E. Imagine que temos um doente internado, um doente que agudizou a sua doença de base ou está internado por outro motivo e que mantém as suas sessões de hemodiálise. Tem uma fístula ou uma prótese. Muitas vezes eles colocam aqueles pensos compressivos e a experiencia que tenho é que por vezes acabam por não se mexer e o doente fica mais de 48 horas com o penso. Esse penso mantém-se, retira-se?

E6. Ora bem, eu vou dizer-te uma coisa, um indicador de não qualidade é uma doente vir fazer hemodiálise e ao fim de 48 horas trazer o penso. Isto... o penso é para retirar ao fim de 6 horas, 8 horas, se o doente fez a hemodiálise à noite no dia a seguir de manhã na higiene tem que os retirar, porquê? Pelo risco de o doente poder ganhar infeção, quanto mais tempo o penso tiver ali, pior, logo à partida o enfermeiro tem que ter essa atenção.

E. Relativamente aos cateteres centrais, os cateteres temporários é difícil manter o penso íntegro e muitas vezes tem que se refazer. O penso deve ser refeito sempre que não esteja íntegro, mas deve ser obrigatório fazê-lo todos os dias ou devemos aproveitar as sessões de diálise em que vocês antes de iniciarem a sessão acabam sempre por fazer o penso, guardando a realização do penso aqui para o serviço de nefrologia?

E6. É assim um enfermeiro que está a prestar cuidados a uma doente tem que avaliar, se o doente tem o penso molhado, há que o fazer, caso contrário se estiver intacto será feito nas sessões de diálise, isto mais uma vez para evitar a manipulação. Realmente estes cateteres provisórios, nomeadamente nos homens é complicado por causa da barba, os

pensos não aderem muito bem, e descola com muita facilidade, se o enfermeiro puder reforçar, se não houver mais outros sinais de sangue, sujo, ou molhado pode reforça-lo. Agora a maioria das vezes como sabe estes cateteres provisórios são de triplo lúmen, também te digo se o enfermeiro é enfermeiro com treino nesta área que domina esta temática pode perfeitamente fazer o penso numa situação em que o penso está a precisar de ser mudado. Com técnica asséptica.

E. Na sua opinião, todas as situações detetadas no serviço de urgência, todo o que seja detetado de novo e não ser uma situação normal deve ser reportado aqui ao serviço de nefrologia? Podemos criar no fluxograma de atuação se houver alguma alteração comunicar ao serviço de nefrologia e tentar resolver a situação o mais precocemente possível.

E6. Eu fico grata por isso, porque eu acho que era a ponte que todos os profissionais deviam fazer. E nós que formamos profissionais alertamos para esta temática. Muitas das vezes o enfermeiro não está preparado, não está à vontade e tem receio de manipular. A ponte que se faz com o serviço de nefrologia devia ser sempre uma obrigatoriedade, e nós estamos sempre disponíveis, já fomos a vários serviços do hospital, nomeadamente às unidades de internamento ajudar a resolver os problemas.

E. Imagine que na zona de ambulatório do serviço de urgência, quais são as complicações mais prováveis de um acesso vascular de hemodiálise que podem levar o doente ao nosso serviço? E como é que nós podemos aturar perante as mesmas? As mais frequentes...

E6. Muitas das vezes, eu penso que vocês apanham muitos doentes que fazem altas doses de heparina e depois com outros anticoagulantes associados, como varfine... esses doente tem tendência a sangrar, a sangrar imenso. A hemorragia é... se isso acontecer há uma serie de atividades que se tem que ter. Primeiro que todo é parar a hemorragia, não é? Como é que se para a hemorragia num orifício onde esteve introduzida uma agulha e está a sangrar? É por o dedo lá em cima e não retirar até parar a hemorragia. Caso contrário há outra forma de a abordar que é a questão da terapêutica. Outra das situações é a febre, que estes doentes habitualmente apresentam, e é um sintoma que os leva à urgência, e muitas das vezes o que está a acontecer é a infeção do acesso vascular. Acontece mais vezes nos que são portadores de cateter, logo ai o enfermeiro tem que pesquisar de onde é que vem o foco e só através realmente do exame físico.

E. Febre num doente portador de acesso vascular, a grande hipótese de diagnóstico será a infeção do acesso?

E6. Exatamente, doente com febre, primeira hipótese é a infeção do acesso vascular. Esta é uma das coisas que o enfermeiro deve fazer, é averiguar se há sinais de infeção no acesso vascular.

E. E agora visto que estamos a falar de um serviço onde por vezes as situações fogem um bocadinho ao controlo e ao previsto, mais ao previsto do que ao controlo. Sabemos também que o doente renal crónico tem o património vascular muito danificado, não nas melhores condições também por outras patologias associadas e muitos deles tem cateteres, e agora estou só a restringir-me aos cateteres centrais vasculares de longa duração. Em caso de urgência / emergência concorda que esse cateter seja utilizado com veículo terapêutico?

E6. Ora bem, isso está preconizado e defendo que devem ser os enfermeiros que detém conhecimento a manusear o cateter. Se por acaso se existe lá algum enfermeiro (a) que tenha conhecimentos nessa área, não vejo inconveniente, numa situação de emergência utilizá-lo, agora caso contrário não. Se não estamos aqui, se o enfermeiro tem dúvidas nós vamos lá ajudá-lo. Mesmo em situações de emergência é importante o enfermeiro ter treino.

E. O desejo é haver uma formação para que todos fiquem sensibilizados para o melhor manuseamento do cateter. Que cuidados são importantes ter, esse enfermeiro que tem que ter treino, para manusear este cateter, sem provocar danos ao cateter e malefícios ao doente.

E6. É essencial terem uma técnica asséptica rigorosa, acima de tudo.

E. Mesmo em situação de emergência?

E6. Sempre, muitas vezes os doentes tem cateter não é provisório já é definitivo.

E. Para além da assepsia, também tem que se ter outros cuidados? Os cateteres são heparinizados, certo?

E6. Isso é outra das coisas que tem que ser falada na formação, nunca na vida podemos administrar nada num cateter, retirar sempre a heparina que habitualmente preenche a quantidade do ramo, que diz lá.

E. E em relação ao ramo a ser utilizado, é igual é indiferente?

E6. Para administração de terapêutica é mais o venoso, isto para o enfermeiro treinado, penso que a formação faz falta.

E. Agradeço imenso a sua participação.

E6. Sempre às ordens.

E. Muito obrigado.

Anexo III

Norma de Orientação Clínica – Preservação do Património Vascular
do Doente Insuficiente Renal

	<i>Norma de Orientação Clínica (NOC)</i>	Data da publicação:	03/12/2009
		Revisão A	20/ 11/2009
	Preservação do Património Vascular do doente insuficiente renal	Próxima revisão:	20/ 11/2012
		Cód. Documento:	NOC. 11

Este documento fornece orientações gerais para os profissionais do CHS (definidos no Campo de Aplicação) sobre a abordagem e tratamento desta condição, baseadas na experiência clínica e em evidência científica identificada nas Referências Bibliográficas. Poderão ocorrer desvios devido à individualidade dos casos e preferência justificada do médico.

CAMPO DE APLICAÇÃO

Profissionais de saúde que lidam com os doentes portadores de DRC, nomeadamente:

Técnicos do Serviço de Patologia Clínica Central e do Serviço de Urgência do

Corpo de Enfermagem do Serviço de Urgência, dos Serviços de Internamento e das Unidades de Hospital Dia do

Unidades de Cuidados de Saúde exteriores ao

SIGLAS, ABREVIATURAS E DEFINIÇÕES

DRC- doença renal crónica

HD- hemodiálise

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Feldman HI, Kobrin S, Wasserstein A: Hemodialysis vascular access morbidity. *J Am Soc Nephrol* 7:523-535, 1996
- 2- Woods JD, Port FK: The impact of vascular access for haemodialysis on patient morbidity and mortality. *Nephrol Dial Transplant* 12:657-659, 1997
- 3- Pisoni RL, Young EW, Dykstra DM, et al: Vascular access use in Europe and the United States: Results from the DOPPS. *Kidney Int* 61:305-316, 2002
- 4- National Kidney Foundation: DOQI Clinical Practice Guidelines for Vascular Access. *Am J Kidney Dis* 30:S150-S191, 1997 (suppl 3)

RESPONSABILIDADES

Directores de Serviço: pela sua divulgação

Estas recomendações deverão ser conhecidas e tidas em conta pelo doente e pelos profissionais de saúde que lidam com os doentes portadores de DRC, nomeadamente:

Técnicos do Serviço de Patologia Clínica Central e do Serviço de Urgência

Corpo de Enfermagem do Serviço de Urgência, dos Serviços de Internamento e das Unidades de Hospital Dia

Unidades de Cuidados de Saúde exteriores ao

NORMA DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA

Objectivo do procedimento: Preservação do património vascular em doentes portadores de doença renal crónica

	<i>Norma de Orientação Clínica (NOC)</i>	Data da publicação:	03/12/2009
		Revisão A	20/ 11/2009
	Preservação do Património Vascular do doente insuficiente renal	Próxima revisão:	20/ 11/2012
		Cód. Documento:	NOC: [REDACTED].11

Fundamento: A disponibilidade de um acesso vascular permanente utilizável à data de início de hemodiálise minimiza a morbilidade e mortalidade¹.

A construção de fístula deverá ser preferida à construção de outro tipo de acesso vascular^{2,3} (como prótese ou catéter central).

Nos doentes com DRC estadio 4 e 5, ou seja, com depuração de creatinina <30ml/min, as veias dos braços e antebraços não devem ser puncionadas ou cateterizadas, uma vez que deverão ser reservadas para a construção de fístulas para hemodiálise¹.

A venopunção repetida pode tornar as veias inadequadas para a construção de fístulas⁴.

Metodologia: Os doentes e os profissionais de saúde devem ser informados sobre a necessidade de preservar o património venoso nos membros superiores, para prevenir a perda de potenciais localizações de acessos vasculares para HD e assim maximizar as hipóteses de construção e maturação bem sucedida de fístulas⁵.

Assim, propõe-se que as colheitas de sangue para análise sejam realizadas através de punção das veias do dorso da mão. Para isso, e dado o menor calibre destas veias, poderá ser utilizada agulha *butterfly* conectada a seringa, sendo depois o sangue transferido para os respectivos tubos de colheita.

Propõe-se que na cateterização venosa periférica se evite a punção das veias cefálicas, recomendando-se a punção das veias do dorso da mão, quando possível.

Estas recomendações deverão ser conhecidas e tidas em conta pelo doente e pelos profissionais de saúde que lidam com os doentes portadores de DRC, nomeadamente:

Técnicos do Serviço de Patologia Clínica Central e do Serviço de Urgência

Corpo de Enfermagem do Serviço de Urgência, dos Serviços de Internamento e das Unidades de Hospital Dia

Unidades de Cuidados de Saúde exteriores ao [REDACTED]

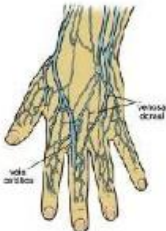
Para isso, o doente deverá identificar-se através de cartão fornecido pelo médico nefrologista assistente, em que é mencionada a sua patologia (DRC) e que deverá conter indicações para preservar o património vascular do doente.

ANEXOS

Anexo 1 - Cartão com 8,5cm x 11,5 cm, em que constam os seguintes elementos: logotipo do [REDACTED] com a vinheta da consulta de Nefrologia (em que por sua vez consta o nome do doente e do médico nefrologista) e a seguinte informação "doente renal crónico; com o objectivo de preservar futuras localizações de fístulas para hemodiálise, deverão ser evitadas punções de veias nos braços e antebraços, sendo recomendável, em alternativa, o uso das veias do dorso da mão"

	<i>Norma de Orientação Clínica (NOC)</i>	Data da publicação:	03/12/2009
		Revisão A	20/ 11/2009
	Preservação do Património Vascular do doente insuficiente renal	Próxima revisão:	20/ 11/2012
		Cód. Documento:	NOC. ■■■.11

Doente



Doente portador de doença renal crónica.
Com o objectivo de preservar futuras localizações de fistulas para hemodiálise, deverão ser punccionadas preferencialmente as veias do dorso da mão e evitadas punções de veias nos braços e antebraços.

Anexo IV

Avaliação Sumativa do Estágio

Estágio – Serviço de Nefrologia

AValiação DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Nome: Andre Diogo Instituição: Centro Hospitalar São José Serviço: Ambulatório de Nefrologia
Efectuado de 29/09/2014 a 07/12/2014 Docente: Henrique Galdier Nave Orientador: Silvia Maria Pereira Teixeira

Parâmetro a avaliar	Muito Insuficiente	Insuficiente	Suficiente	Bom/Muito Bom	Excelente	Avaliação Final
Capacidade de execução técnica	Erros e defeitos graves muito frequentes; Conhecimentos profissionais insuficientes; Carece das bases essenciais;	Trabalho com bastantes erros exigindo acompanhamento e correcções frequentes; Conhecimentos com lacunas importantes;	Trabalho que satisfaz mas exige aperfeiçoamento de pormenor; Conhecimentos e prática profissional adequados às exigências básicas;	Trabalho bem executado sem deficiências que chamem a atenção; Conhecimento e prática profissionais que habilitam à resolução de problemas de maior complexidade;	O trabalho chama a atenção pela sua qualidade e rigor de execução; Conhecimentos e prática profissionais profundos e actualizados que ultrapassam em regra as exigências da função;	Muito bom
Desenvolvimento profissional	Desinteresse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho. Incapaz para tomar iniciativa trabalhando só sob orientação pormenorizada; Não se esforça por criar ou desenvolver novas soluções; As propostas apresentadas são inadequadas e/ou inoportunas;	Algum interesse embora esporádico e pouco frequente em adquirir novos conhecimentos e em se aperfeiçoar. Às vezes age com independência sem encontrar soluções adequadas; faz algum esforço mas nem sempre de forma adequada;	Interesse embora descontínuo em aumentar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Toma a iniciativa perante situações difíceis de complicadas com resultados aceitáveis; Esforça-se por criar novas soluções embora com resultados nem sempre adequados;	Em regra revela interesse em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Resolve quase sempre as situações difíceis de forma acertada, sem necessidade de orientação expressa; Esforça-se por desenvolver e criar novas soluções com sugestões normalmente adequadas e oportunas;	Interesse metódico e sistemático; Age com independência e discernimento, encontrando as soluções pertinentes para cada caso; Muito criativo; As sugestões apresentadas são sempre adequadas e oportunas;	Excelente
Responsabilidade profissional	Evita as responsabilidades; não prevê nem assume as consequências dos seus actos;	Nem sempre avalia as consequências dos seus actos; mas é capaz de as assumir;	Em regra pondera e assume as consequências dos seus actos;	Revela ponderação em todos os actos que pratica e assume a sua responsabilidade.	Revela muita ponderação nos actos que pratica Assume integralmente e por iniciativa própria a responsabilidade pelos seus actos; corrigindo os se necessário;	Excelente
Relações humanas	Provoca atritos frequentes prejudicando o trabalho; Não coopera com o grupo e individualiza sempre o trabalho; Evita o relacionamento com o utente e família;	Difícil relacionamento profissional; Não contribui para um bom ambiente de trabalho; integra-se com dificuldade no trabalho e no grupo; Mantém deficiente relação com utente e família;	Estabelece relação normal com colegas; Integra-se no grupo se expressamente solicitado; Mantém uma relação mínima com o utente e família;	Boas relações profissionais; Contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se facilmente e esforça-se por cooperar com o grupo; Mantém boa relação com o utente e família envolvendo-os nos cuidados;	Relações profissionais muito boas; C bom ambiente de trabalho e age com eficiência; Fácil integração no grupo; Mantém excelente relação com utente e família, promovendo a sua autonomia;	Muito bom

O Docente: Henrique Galdier Nave Orientador: Silvia Maria Pereira Teixeira Data: 07/12/2014

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

O Paulo Apresenta Atitudes muito bem definidas, sabendo qual o objetivo a atingir para o seu projecto de estágio.

Apresenta em formação de serviço o seu projecto que se revelou de grande interesse quer para o mesmo Serviço, quer para o Serviço de Medicina onde vai implementar o seu trabalho - tema pertinente, objectivo e direccionado. Demonstra grande capacidade de síntese, interesse pelo tema e grande responsabilidade profissional e empenho nas tarefas realizadas no serviço (bloco, salas, Angiografia).

Lenso que a sua passagem pelo serviço foi muito importante para desenvolver capacidades adequadas para um futuro Enfermeiro Especialista.

Avaliação qualitativa: Insuficiente (< 9,5 val.); Suficiente (10-13 val.); Bom (14-15 val.); Muito bom (16-17 val.); Excelente (18-20 val.)

Data: 07.12.2014 Orientador

Assinatura

Data: 17.12.2014 Estudante

Silvia Leonora Pereira
Paula Rita Costa Pereira

Estágio – Serviço de Urgência

Nome: Paulo Jorge Costa Pereira Instituição: CES, Lisboa e Região Serviço: Regência Geral
Efectuado de 5, a 11, 2015 a 13, 2015 Docente: Paula Paula Neves Orientador: Inês Raposo

AValiação da Unidade Curricular Estágio com Relatório

Parâmetro a avaliar	Muito Insuficiente	Insuficiente	Suficiente	Bom/Muito Bom	Excelente	Avaliação Final
Capacidade de execução técnica	Erros e defeitos graves muito frequentes; Conhecimentos profissionais insuficientes; Carece das bases essenciais;	Trabalho com bastantes erros exigindo acompanhamento e correções frequentes; Conhecimentos com lacunas importantes;	Trabalho que satisfaz mas exige aperfeiçoamento de pormenor; Conhecimentos e prática profissional adequados às exigências técnicas;	Trabalho bem executado sem deficiências que chamem a atenção; Conhecimento e prática profissionais que habilitam à resolução de problemas de maior complexidade;	O trabalho chama a atenção pela sua qualidade e rigor de execução; Conhecimentos e prática profissionais profundos e actualizados que ultrapassam em regra as exigências das funções;	Excelente
Desenvolvimento profissional	Desinteresse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho; Incapaz para tomar iniciativa trabalhando só sob orientação pormenorizada; Não se esforça por criar ou desenvolver novas soluções; As propostas apresentadas são inadequadas e/ou inoportunas;	Algum interesse embora esporádico e pouco frequente em adquirir novos conhecimentos e em se aperfeiçoar; Às vezes age com independência sem encontrar soluções adequadas; faz algum esforço mas nem sempre de forma adequada;	Interesse embora descontinuo em aumentar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Toma a iniciativa perante situações pouco complicadas com resultados aceitáveis; Esforça-se por criar novas soluções embora com resultados nem sempre adequados;	Em regra revela interesse em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Resolve quase sempre as situações difíceis de forma acertada, sem necessidade de orientação expressa; Esforça-se por desenvolver e criar novas soluções com sugestões normalmente adequadas e oportunas;	Interesse metódico e sistemático; Age com independência e discernimento, encontrando as soluções pertinentes para cada caso; Muito criativo; As sugestões apresentadas são sempre adequadas e oportunas;	Excelente
Responsabilidade profissional	Evita as responsabilidades, não prevê nem assume as consequências dos seus actos;	Nem sempre avalia as consequências dos seus actos, mas é capaz de as assumir;	Em regra pondera e assume as consequências dos seus actos;	Revela ponderação em todos os actos que pratica e assume a sua responsabilidade.	Revela muita ponderação nos actos que pratica Assume integralmente e por iniciativa própria a responsabilidade pelos seus actos, corrigindo-os se necessário;	Excelente
Relações humanas	Provoca atritos frequentes prejudicando o trabalho; Não coopera com o grupo e individualiza sempre o trabalho; Evita o relacionamento com o utente e família;	Difícil relacionamento profissional; Não contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se com dificuldade no trabalho e no grupo; Mantém deficiente relação com utente e família;	Estabelece relação normal com colegas; Integra-se no grupo se expressamente solicitado; Mantém uma relação mínima com o utente e família;	Boas relações profissionais; Contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se facilmente e esforça-se por cooperar com o grupo; Mantém boa relação com o utente e família envolvendo-os nos cuidados;	Relações profissionais muito boas; C bom ambiente de trabalho e age com eficiência; Fácil integração no grupo; Mantém excelente relação com utente e família, promovendo a sua autonomia;	Excelente

O Docente: Paula Paula Neves Orientador: Inês Raposo Data: 13, 2, 2015

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

O Paulo demonstrou, durante todo o Estágio, uma grande vontade de aprender.
Demonstrou grande sentido crítico, ponderação e excelente relação com
todos os profissionais, utentes e familiares.

Avaliação qualitativa: Insuficiente (< 9,5 val.); Suficiente (10-13 val.); Bom (14-15 val.); Muito bom (16-17 val.); Excelente (18-20 val.)

Data: 13/12/2015 Orientador

João Raposo

Assinatura

João Raposo

Data: 13/12/2015 Estudante

Paula Rita Costa Fontes